

**Associated Medical Services, Inc**  
**Formulaire - Bourse Hannah**  
**Date limite : 10 novembre 2019**

Avant de remplir ce formulaire, veuillez lire les directives à l'intention des candidats.

Ceux-ci doivent fréquenter une université canadienne reconnue et être inscrits dans un programme de premier cycle ou de maîtrise au moment de déposer leur demande. Les étudiants en médecine sont aussi invités à soumettre leur dossier. Faites parvenir ce formulaire et les documents : [Esyllt.Jones@umanitoba.ca](mailto:Esyllt.Jones@umanitoba.ca)

|   |            |           |              |
|---|------------|-----------|--------------|
| <b>Renseignements généraux – Candidat(e)</b>  |            |           |              |
| Nom   |            |           |              |
| Adresse   |            |           |              |
| Courriel  |            | Téléphone |              |
| Citoyenneté : Canadienne   Résident Permanent   Autre (Précisez le pays):   |            |           |              |
| <b>Affiliation universitaire</b>  |            |           |              |
| Nom, Département, Adresse   |            |           |              |
| Programme et date du début des études (premier cycle ou maîtrise)   |            |           |              |
| Titre du projet   |            |           |              |
| Certificat du comité d'éthique requis?   Oui   Non   Certificat original en pièce-jointe  |            |           |              |
| Directeur ou superviseur du candidat ou de la candidate (nom, département, affiliation universitaire)   |            |           |              |
| Session   | Hiver 2020 | Été 2020  | Automne 2020 |
| <b>Signatures</b>   |            |           |              |
| Postulant   |            | Date      |              |
| Directeur   |            | Date      |              |
| Université (voir plus bas*)   |            | Date      |              |
| * Ce formulaire doit être signé par un représentant agréé de l'administration universitaire. Par la présente, le candidat et l'institution qui administrera le projet s'engagent ensemble à respecter les conditions du présent programme de l'AMS telles que présentées dans les directives aux candidats. |            |           |              |
| <b>Informations concernant le représentant de l'administration universitaire</b>  |            |           |              |
| Nom   |            |           |              |
| Titre ou fonction   |            |           |              |
| Adresse postale complète  |            |           |              |
| Numéro de téléphone   |            |           |              |