

**Associated Medical Services, Inc**  
**Formulaire - Bourse Hannah**  
**Date limite : 9 février 2024**

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

Les candidates doivent fréquenter une université canadienne reconnue et être inscrites dans un programme de premier cycle ou de maîtrise au moment de déposer leur demande. Les étudiantes en médecine sont aussi invitées à soumettre leur dossier. Faites parvenir ce formulaire et les documents requis à: daviesmj@yorku.ca

|  |          |               |            |
|--|----------|---------------|------------|
| <b>Renseignements généraux – Candidate</b>   |          |               |            |
| Nom  |          |               |            |
| Adresse  |          |               |            |
| Courriel   |          | Téléphone     |            |
| Citoyenneté : Canadienne    Résidence Permanente    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.se du candidat ou de la candidate (nom, département, affiliation universitaire)   |          |               |            |
| Session  | Été 2024 | Automne 20234 | Hiver 2025 |
| <b>Signatures</b>  |          |               |            |
| Postulante   |          | Date          |            |
| Directeur  |          | Date          |            |
| Université (voir plus bas*)  |          | Date          |            |
| * Ce formulaire doit être signé par un représentant désigné de l'administration universitaire. Par la présente, le candidat ou la candidate et l'institution q administrera le projet s'engagent ensemble à respecter les conditions du présent programme de l'AMS telles que présentées dans les directives aux candidates. |          |               |            |
| <b>Informations concernant la personne représentant l'administration universitaire</b>   |          |               |            |
| Nom  |          |               |            |
| Titre ou fonction  |          |               |            |
| Adresse postale complète   |          |               |            |
| Numéro de téléphone  |          |               |            |