



Formulaire d'inscription

Fiche de circulation pour inscription

Remplissez cette fiche et joignez-la à l'original de votre inscription pour faire en sorte qu'elle parvienne directement au département ou au personnel compétent des IRSC. Ne joignez pas un exemplaire de cette fiche aux copies.

Cette fiche d'inscription est utilisée par les IRSC à des fins administratives uniquement.



IRSC
Programme de mentorat des essais contrôlés randomisés
Formulaire d'inscription

| | |
|--------------------------|--|
| Nom du stagiaire: | |
| Université/Institut: | |
| Poste: | |
| Adresse: | |
| | |
| | |
| Téléphone: | |
| Télécopie: | |
| Courriel: | |
| | |
| Nom du mentor: | |
| Université/Institut: | |
| Poste: | |



Instituts de
recherche en santé
du Canada

Canadian Institutes
of Health Research

RENSEIGNEMENTS PROTÉGÉS

| | | |
|--|--|--|
| Programme de mentorat des essais contrôlés randomisés | | Réservé à la régie interne des IRSC |
| | | |
| Stagiaire | | Date de début prévue (MM/YYYY) |
| Nom | Prénoms | Date du concours: |
| | | |
| Citoyenneté : | Canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> | |
| Établissement / organisation du stagiaire | | Faculté / École / Département |
| | | |
| Mentor | | |
| Nom | Prénoms | |
| | | |
| Établissement / organisation du mentor | | Faculté / École / Département |
| | | |
| Établissement qui administrera les fonds du projet : | | |
| | | |
| Descripteurs: Utilisez un maximum de 10 mots-clés pour décrire ce projet. | | Le projet de recherche est rédigé |
| | | anglais <input type="checkbox"/> français <input type="checkbox"/> |
| Titre de la recherche | | |
| | | |
| Il est entendu que les conditions générales régissant les subventions et bourses, décrites dans les Guides de subventions et bourses des Instituts de recherche en santé du Canada de même que l'énoncé « Signification des signatures figurant sur les formulaires de demande » s'appliquent à toute subvention ou bourse accordée par suite de cette demande. Les candidats et les autorités de ses établissement s'engagent à les accepter par les présentes. | | |
| Signatures | | |
| Stagiaire | | Mentor |
| | | |
| Nom: | Nom: | |
| Date: | Date: | |



Instituts de
recherche en santé
du Canada

Canadian Institutes
of Health Research

Programme de mentorat des essais contrôlés randomisés



Instituts de
recherche en santé
du Canada

Canadian Institutes
of Health Research

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DU STAGIAIRE

Ceci constitue l'accusé de réception pour la
demande de

L'accusé de réception sera envoyé au nom et à l'adresse
figurant dans la case ci-dessous

Demande présentée dans le cadre du programme :
Programme de mentorat des ECR

Instituts de recherche en santé du Canada



Instituts de
recherche en santé
du Canada

Canadian Institutes
of Health Research

ACCUSÉ DE RÉCEPTION DU MENTOR

Ceci constitue l'accusé de réception pour la
demande de

L'accusé de réception sera envoyé au nom et à l'adresse
figurant dans la case ci-dessous

Demande présentée dans le cadre du programme :
Programme de mentorat des ECR

Instituts de recherche en santé du Canada

Nom du stagiaire et le mentor

Résumés, du plan de mentorat et description du cadre de formation. Le stagiaire et le mentor proposés doivent tous les deux signer à la dernière page pour confirmer l'exactitude du plan de formation envisagé. (Le maximum 2 pages)

Programme de mentorat des essais contrôlés randomisés

Fiche de circulation pour inscription et demande

Veuillez remplir cette feuille et l'envoyer avec votre inscription ou demande.

À NOTER : Les dossiers de demande complète et d'inscription doivent être assemblés selon l'ordre indiqué.

À NOTER AUSSI : Veuillez consulter la section *Comment faire une demande* de cet appel de demande.

Demandes complètes : La demande originale et les huit (8) copies demandées doivent être assemblées et soumises à l'adresse indiquée ci-dessous.

Nom du stagiaire (principal candidat) _____ **Date** _____

| A: Contenu requis dans un dossier d'inscription | B: Contenu requis dans un dossier de demande complète |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Formulaire d'inscription. | <input type="checkbox"/> Formulaire de mise en candidature. |
| <input type="checkbox"/> Page de signatures : Les signatures du stagiaire et du mentor. | <input type="checkbox"/> Page de signatures : Les signatures du stagiaire et du mentor. Toutes les signatures sont exigées. |
| <input type="checkbox"/> Page d'accusé de réception. | <input type="checkbox"/> Page d'accusé de réception. |
| <input type="checkbox"/> Résumé du plan de mentorat. | <input type="checkbox"/> Un plan de mentorat détaillé et la description du cadre de formation. |
| <input type="checkbox"/> Formulaire de consentement du candidat | <input type="checkbox"/> Résumé du plan de mentorat. |
| Modules CV des IRSC: | <input type="checkbox"/> Les lettres d'appui des répondants pour le stagiaire. |
| <input type="checkbox"/> Page 1 Page couverture : Pour le stagiaire et pour le mentor. | <input type="checkbox"/> Les formulaires d'évaluation des répondants pour le stagiaire. |
| <input type="checkbox"/> Page 2 Domaines de compétence : Pour le stagiaire et pour le mentor | <input type="checkbox"/> Copie d'un diplôme universitaire dans le domaine de la santé et formation en recherche du stagiaire. |
| | <input type="checkbox"/> Preuve d'une licence professionnelle du stagiaire. |
| | <input type="checkbox"/> Document attestant du statut de résident permanent du stagiaire (s'il y a lieu). |
| | <input type="checkbox"/> Des lettres d'appui de l'université ou de l'établissement du stagiaire (si les établissements du mentor et du stagiaire sont différents). |
| | <input type="checkbox"/> Lettre d'engagement du stagiaire. |
| | <input type="checkbox"/> Des lettres d'appui de l'université ou de l'établissement du mentor. |
| | <input type="checkbox"/> Lettre d'engagement du mentor. |
| | Modules CV des IRSC: |
| | <input type="checkbox"/> Toutes les pages du CV sont obligatoires pour le stagiaire et le mentor. |

Adresse de courrier :

Votre inscription/demande doit nous parvenir avec un sceau du service de messagerie faisant foi au plus tard à la date limite et envoyée à l'adresse suivante:

Programme de mentorat des essais contrôlés randomisés

Unité des essais contrôlés randomisés

Instituts de recherche en santé du Canada

160, rue Elgin, pièce 97

Indice de l'adresse : 4809A

Ottawa, ON K1A 0W9