



Institute of Neurosciences, Mental Health and Addiction
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies

Request for Support of Workshops
Demande de financement d'ateliers

Title of proposed workshop / Titre de l'atelier proposé	
Location of proposed workshop / Endroit où se tiendra l'atelier proposé	
Date of proposed workshop / Date de l'atelier proposé	Amount Requested / Montant demandé
Principal Applicant(s) / Candidat(s) principal(aux)	Telephone No. / N° de téléphone
	Fax No. / N° de télécopieur
	E-mail address / Adresse de courriel
	Correspondence preferred in / Langue de correspondance <input type="checkbox"/> English / Anglais <input type="checkbox"/> French / Français
Signature _____	Date _____
<p>Is INMHA the only CIHR Institute to which your organization is applying for support for the proposed workshop? If no, indicate which other ones. Est-ce que l'INSMT est le seul institut d'IRSC auprès duquel votre organisme soumet une demande de financement pour l'atelier proposé? Sinon, indiquez les autres.</p> <p> <input type="checkbox"/> INMHA/INSMT <input type="checkbox"/> IAPH / ISA <input type="checkbox"/> IGH / ISFH <input type="checkbox"/> IA / IA <input type="checkbox"/> ICR / IC <input type="checkbox"/> IHSPR / ISPS <input type="checkbox"/> ICRH / IACR <input type="checkbox"/> IHDCYH / IDSEA <input type="checkbox"/> INMD / INMD <input type="checkbox"/> IG / IG <input type="checkbox"/> III / III <input type="checkbox"/> IPPH / ISPP <input type="checkbox"/> IMHA / IV </p>	
Has your organization applied to CIHR Central for funding to support this workshop? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please specify:	
Partners / Partenaires List partners, and indicate their contribution to the organization of the proposed workshop. / Énumérez les partenaires et indiquez leur contribution à l'organisation de l'atelier proposé.	
This grant, if awarded, should be paid through: (specify name and address of institution or organization). / Si elle est accordée, la subvention devra être versée à : (indiquez le nom et l'adresse de l'établissement ou de l'organisme).	

**Description of the Proposed Workshop /
Description de l'atelier proposé**

1. Title of the proposed workshop. / Titre de l'atelier proposé.

2. Justify the need for the proposed workshop in term of relevance to **INMHA's priorities** in Canada (one page maximum). / Justifiez le besoin de tenir l'atelier proposé en fonction de la pertinence par rapport à **INSMT** au Canada (une page seulement).

3. Describe the objective(s) of the proposed workshop. / Décrivez les objectifs de l'atelier proposé.

4. Describe the specific question or problem to be addressed and identify the anticipated outcome of the workshop (one page maximum). / Précisez la question ou le problème qui sera étudié et énumérez les résultats attendus de l'atelier (une page seulement).

5. Describe the dissemination of the outcome of the workshop (proceedings, report, guidelines, position paper, research agenda, etc.) / Décrivez la diffusion des résultats de l'atelier (rapport, lignes directrices, prise de position, priorités de recherche, etc.)

If this application is funded, the organiser of the workshop will be required to forward to **INMHA** a report / Advenant le cas où une subvention serait accordée, les organisateurs de l'atelier seront tenus de faire parvenir un rapport à l'INSMT.

6. Attendees / Participants
 - a) How many people are expected to attend the proposed workshop? Specify the number of Canadians and foreign participants. / Provide a preliminary list, of possible.
Combien de personnes assisteront à l'atelier proposé? Indiquez le nombre de participants canadiens et étrangers.

 7. Provide a detailed program or agenda for the workshop. / Veuillez présenter le programme ou l'ordre du jour détaillé de l'atelier.

 8. On a separate page, provide a detailed budget for the entire workshop using the following categories. / Fournissez, sur une page séparée, la ventilation complète des prévisions budgétaires pour l'ensemble de l'événement, en utilisant les catégories suivantes
-

EXPENDITURES / DÉPENSES.

REVENUES / REVENUS

*PLEASE ATTACH CONFIRMATION LETTERS FROM SUPPORTING ORGANIZATIONS OR COMPANIES. /
VEUILLEZ JOINDRE UNE CONFIRMATION ÉCRITE DES ORGANISMES OU ENTREPRISES
COMMANDITAIRES.

**PLEASE NOTE THAT IF THIS APPLICATION IS FUNDED, THE CANADIAN INSTITUTES OF HEALTH RESEARCH,
AND INMHA MUST BE ACKNOWLEDGED IN THE PROGRAM AND PROCEEDINGS OF THE EVENT. /**

**ADVENANT LE CAS OÙ UNE SUBVENTION SERAIT ACCORDÉE, PRIÈRE DE FAIRE MENTION DE L'APPUI DES
INSTITUTS DE RECHERCHE EN SANTÉ DU CANADA ET DE L'INSMT DANS LE PROGRAMME AINSI QUE DANS
LE COMPTE RENDU DE L'ÉVÉNEMENT.**

Please send your application to the following address:
Veillez envoyer votre demande à l'adresse suivante :



Ramia Jabr
Executive Manager/Adjointe à la direction
Institute of Neurosciences, Mental Health and
Addiction
Institut des neurosciences, de la santé mentale et
des toxicomanies
Douglas Hospital / Hôpital Douglas
6875 LaSalle Blvd / 6875, boul. LaSalle
Dobell Pavilion/Pavillon Dobell
Verdun QC H4H 1R3
Tel (514) 761 6131 ext 3932
Fax (514) 888 4060
ramia.jabr@douglas.mcgill.ca

ACKNOWLEDGEMENT

We will acknowledge receipt of your application for support
of a workshop. Acknowledgement will be sent to:

ACCUSÉ DE RÉCEPTION

Nous vous enverrons l'accusé de réception de votre demande
de financement d'atelier. L'accusé de réception sera envoyé au
nom et à l'adresse figurant dans la case ci-dessous.

CIHR – INMHA /
IRSC – INSMT