



**Demande de subvention summership
Société De Sjogrens Du Canada
Date limite 12 avril 2024
Demande présentée par le candidat**

Nom: Dr | MS | M

nom

prénom (s)

Address

No

Rue

n° Apt

Zone postale

Ville

Province

Téléphone ()

Email

Date de Naissance:

JJ/ MMM/ AAAA

Programme professionnel (*par exemple : dentisterie, médecine, rhumatologie, ophtalmologie*)

Niveau de formation (année de premier cycle):

Année d'obtention du diplôme:

Êtes-vous citoyen canadien ? Oui Non

Université ou programme scolaire:

Nom du Mentor:

Titre de Mentor:

Demandeur (suite)

**Demande de subvention summership
Société Canadienne de la Sjogren
Date limite 12 avril 2024**

Titre ou Sujet de Projet :

(Vous pouvez soumettre votre projet en tant que document addendé, mais vous devez inclure tous les renseignements demandés dans le présent formulaire et gardez votre document de 1000 mots, 3 pages doubles interligne):

Grandes lignes de la proposition:

Renseignements généraux: _____

L'objectif du projet :

Methodology:

Mesures de résultats :

Un soutien supplémentaire :

Estimation de temps d'exécution:

Références :



MENTOR

**Demande de subvention summership
Société De Sjogrens Du Canada
Date limite 12 avril 2024**

Nom du mentor:

Titre:

Institution:

Adresse

Rue

Ville

Province

Code Postal

Téléphone ()

Adresse e-mail

Veillez décrire brièvement votre propre expérience précédente traitant ou enquêter sur le Syndrome de Sjögren.

Page suivante ...

Mentor (continuer)

Référence pour le candidat de la subvention :

Nom du candidat:

Combien de temps avez-vous connu le candidat?

Quelles sont les qualités du candidat pour compléter la proposition de recherche ?

Où le candidat va faire ses recherches?

Veuillez décrire l'installation où ce projet de recherche sera effectué.

Combien de fois vous rencontrera le candidat

Le candidat aura toute exposition supplémentaire au Syndrome de Gougerot-Sjögren pendant la durée de ce projet

Page suivante ...

Mentor (continuer)

Veillez énumérer tout soutien autre subvention pour soutenir cette research

Quel est votre calendrier pour voir ce projet d'achèvement?

Signature de Mentor:

Je suis d'accord superviser et encadrer le concessionnaire,

à l'achèvement du projet de recherche. J'apprécierai Society of Canada de Sjogren, résumés, des présentations ou publications découlant de cette recherche.

Date de ce jour _____, _____, **20**_____

Signature

Envoyer des PDF ou Document scanné à Society of Canada de Sjogren, soin Dr Arthur A. M. Bookman,
Présidente, Comité consultatif médical. Envoyer à arthur.bookman@uhn.on.ca.

Date limite : minuit, 12 avril 2024.