



## Formulaire de demande – programme de bourses postdoctorales du Réseau

**Remarque :** Ce formulaire doit être rempli en totalité. Le formulaire rempli doit être reçu au plus tard le 17 février 2025 par le Réseau.

**Remarque :** Vous devrez disposer d'une version actuelle d'Adobe Acrobat Reader (gratuit) ou d'Adobe Writer ou d'Adobe Professional pour remplir et envoyer ce formulaire. Pour une mise à jour, allez sur le site: <http://www.adobe.com/products/reader/>.

### Liste de contrôle du demandeur

Cette demande contient:

- Le formulaire de demande, entièrement rempli et signé
- Une lettre de motivation du candidat (voir page 4 des directives)
- Une lettre d'engagement du superviseur proposé (voir page 4 des directives)
- Lettres d'au moins deux références (en plus de celle du superviseur)
- Lettre de l'institution de parrainage (y compris l'organisme de surveillance éthique)
- Tout autre document pertinent
  - Diplôme Ph. D., le cas échéant
  - Licence M.D., le cas échéant
  - Protocole de recherche, le cas échéant
  - Autre document

#### Réseau pancanadien pour des essais cliniques sur le VIH et autres ITSS

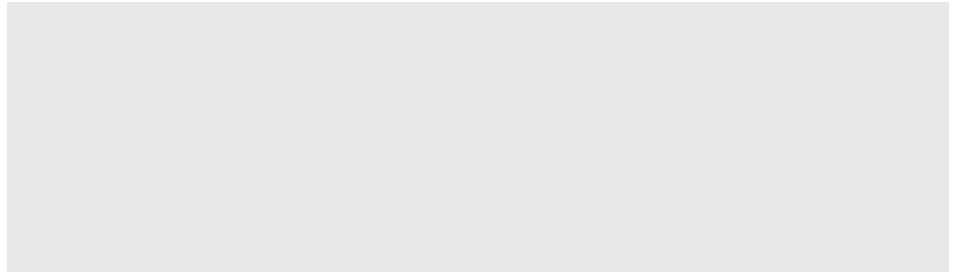
McGill University Health Centre  
1001 Decarie Boulevard D02.4110  
Montreal, QC, H4A 3J1

[www.ctnplus.ca](http://www.ctnplus.ca)  
[submissions@hivnet.ubc.ca](mailto:submissions@hivnet.ubc.ca)

---

### 1. Nom de famille, prénom

Veillez entrer dans la case grise



---

### 2. Status de citoyenneté

- Canadien
- Résident permanent du Canada
- Étranger

---

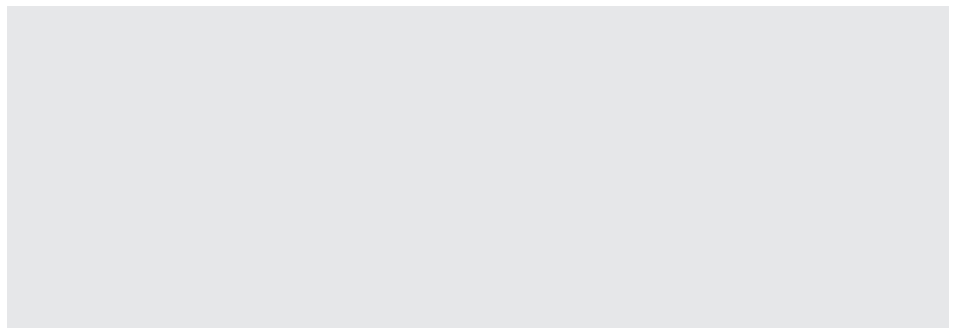
### 3. Adresse postale actuelle

Merci d'inclure :

Votre adresse postale au travail

Votre numéro de téléphone (à la maison, au travail et le mobile)

Adresse de courriel



---

#### 4. Emplacement de la formation proposée

Département

Faculté

Université

Superviseur(s)

Téléphone et adresse courriel  
du(des) superviseur(s)

Adresse postale **complète**  
pour la **formation**

---

#### 5. Diplômes et certifications de spécialité

Inclure ceux qui sont  
attendus dans les 12  
prochains mois.

Titre

Institution

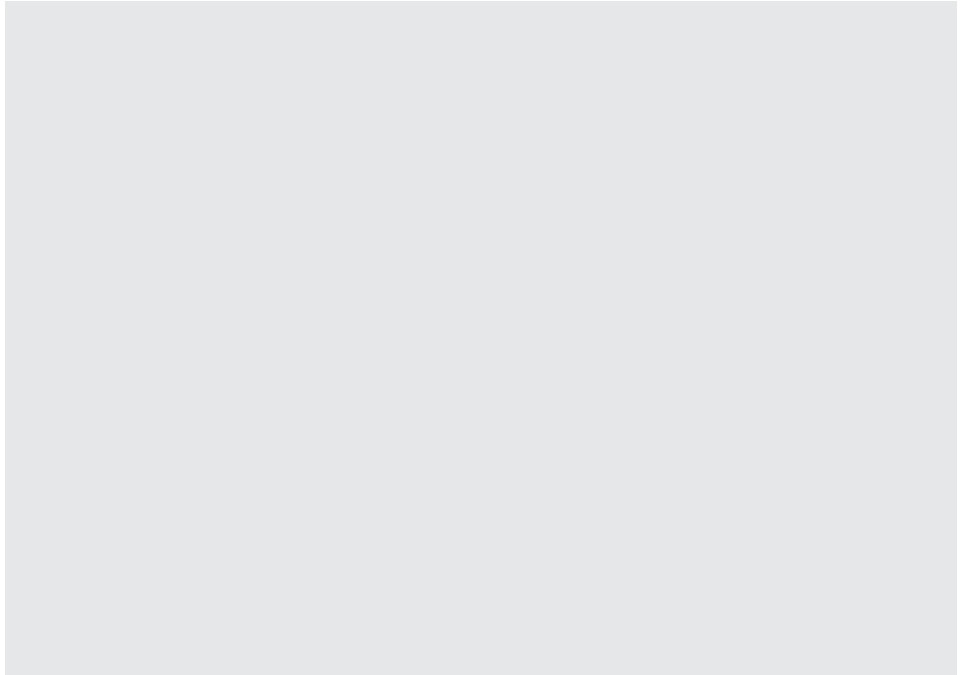
Spécialité

Date

---

## 6 **Expérience d'études**

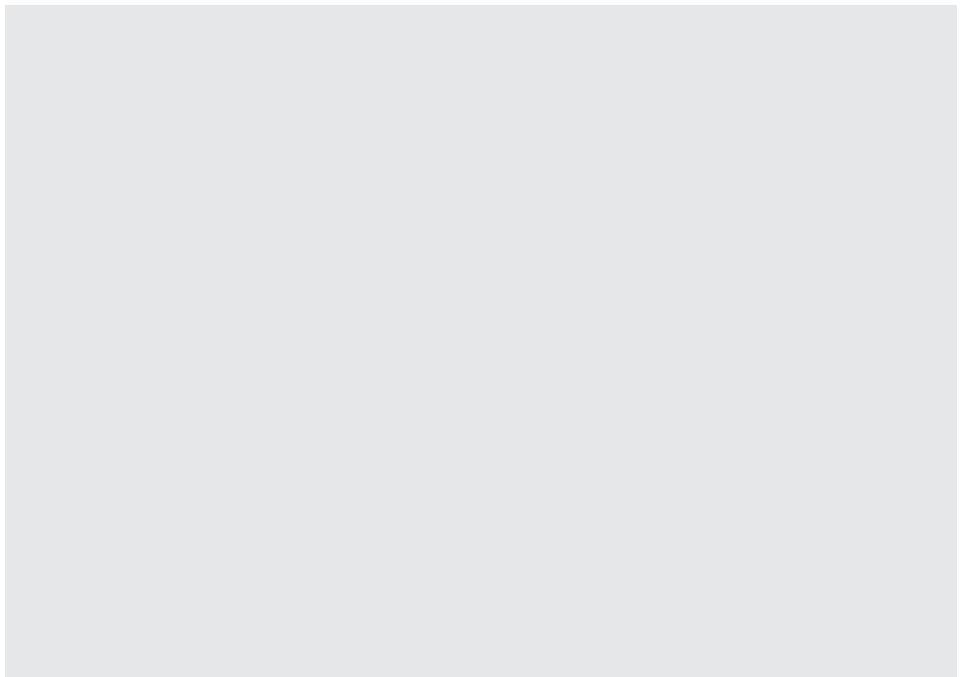
Dressez la liste, en commençant par la plus récente, de toutes les formations et institutions de troisième cycle en clinique et en recherche. Dans le cas d'une expérience de recherche, y compris la formation M. Sc. et Ph. D., nom du superviseur et sujet de la recherche.



---

## 7. **Distinctions et récompenses**

Énumérez les prix de premier et de deuxième cycle que vous avez obtenus, en indiquant le type et les dates.



---

## 8. Publications

Joignez une liste (a) des articles (b) des chapitres de livres et (c) des résumés que vous avez publiés ou soumis, en indiquant les titres, les références et les co-auteurs (le cas échéant). Veuillez également indiquer brièvement l'ampleur de votre contribution. Notez que des copies de vos publications (publiées ou sous presse) ne sont pas requises.

	Nombre de publications	Nombre de chapitres de livres	Nombre de résumés
Co-auteur			
Auteur principal			
Auteur unique			
Total			

---

## 9. Titre et résumé de la recherche proposée par le candidat.

Veuillez inclure les informations suivantes énumérées ci-dessous et les fournir en *pièce jointe distincte*. (Environ 2000 mots, 4 pages à simple interligne, taille de police 11).

- a) Background
- b) Objectifs
- c) Hypothèse
- d) Méthodes
- e) Plan de l'analyse statistique, le cas échéant
- f) Engagement communautaire
- g) Application des connaissances

---

## 10. Avez-vous entrepris ou prévu d'effectuer d'autres études?

Si oui, précisez le diplôme, la discipline, l'institution et l'année prévue.

Oui

Non

---

## 11. Avez-vous fait une demande pour d'autres bourses? Si oui, le décrire ci-dessous.

---

## 12. Références

Indiquez les noms d'au moins deux personnes dont les références accompagnent la présente demande.

---

## 13. Attribution du temps de formation

Y compris les travaux de laboratoire, la recherche clinique, les cours et l'analyse documentaire.

Formation à la recherche \_\_\_\_\_%

Enseignement des techniques cliniques, des soins aux patients et des autres responsabilités des cours liés à la résidence clinique. Ne pas dépasser 25 %.

Formation clinique \_\_\_\_\_%

---

#### 14. Engagement du demandeur

Je comprends et j'accepte de remplir les conditions de cette bourse telles que décrites dans les directives.

---

Signature

---

Date

---

#### 15. Engagement du directeur de la formation

Si une bourse est accordée, j'accepterai le boursier pour une formation à la recherche dans mon institution. Des ressources adéquates seront disponibles pour couvrir les coûts de la recherche du boursier.

---

Signature

---

Date

---

#### 16. Engagement de l'institution de parrainage

**Nom du département au sein de l'institution de parrainage** qui est prêt à parrainer cette proposition de bourse et à **nommer le boursier à un poste approprié** au sein du département et coordonnées du responsable autorisé approprié ci-dessous.

---

Signature    **Responsable autorisé approprié**

---

Date