



Conseil des infirmières et infirmiers (CII)
Conseil multidisciplinaire (CM)
Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP)
Centre de Recherche (CR)



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE LA BOURSE DE RECHERCHE DE
LA FONDATION DU CHU DE QUÉBEC**

Nom du participant : _____

Département ou service : _____

Profession : _____

Conseil : CII CM CMDP CR Résident

Coordonnées du participant (adresse, courriel et téléphone) : _____

Titre du projet de recherche : _____

Autres participants au projet

Nom	Profession	Département

Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche :

Oui Non

Nom du parrain-expert : _____

Signature du participant : _____ Date : _____