

Canadian Association of Physical Medicine & Rehabilitation



Visiting Professorship Program/ Programme de professeurs visiteurs

Deadline for application **May 1 of each year**

Date limite pour soumettre les demandes, **le 1^{er} mai de chaque année**

APPLICATION FORM - FORMULAIRE DE DEMANDE DE BOURSE

Name of applicant/ Nom du candidat:	
Address of applicant/ Adresse du candidat:	
Member of CAPM&R/ Membre de l'ACMP&R:	<input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non
Date of application/ Date de la demande: (yy/mm/dd) (aa/mm/jj)	
Date funds will be used/ Date d'utilisation de la bourse:	
Location of Visiting Professorship Program/ Emplacement du programme de professeurs visiteurs	
Estimated Audience/Estimation de l'auditoire	
Number of physiatrists/ Nombre de physiatres	
Number of other physicians/ Nombre de médecins non-physiatres	
Number of residents & interns/ Nombre de résidents & d'internes	
Number of medical students?/ Nombre d'étudiants en médecine	
Other personnel? / Autre personnel?	
Describe the purpose of the program and its relevance to physiatry: Décrire le but du programme et son rapport à la physiothérapie:	
Name of Visiting Professor/ Nom du professeur visiteur:	
From/ De quel endroit?	
Physiatrist? / Est-il (elle) un(e) physiatre?	<input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non
Field of Expertise/ Spécialité	
Summary of itinerary/ Sommaire de l'itinéraire: (please include a copy of the program, if available/ veuillez inclure une copie du programme si disponible.)	

Proposed budget/ Budget proposé

Travel & air fare/ Transport	
Total per diem amount/ Montant total per diem	
Honorarium/ Honoraire	
Other (specify)/ Autre (spécifier)	
Total/ Total	
Amount requested/ Montant demandé	
Do you have other sources of funding for this event? Avez-vous d'autres sources de financement pour cet événement?	<input type="checkbox"/> Yes/Oui <input type="checkbox"/> No/Non
If yes, please specify source and amount Si oui, veuillez indiquer la provenance et le montant.	
Additional comments/ Autres commentaires:	

DECLARATION/ DÉCLARATION

I hereby agree that if I am awarded a Visiting Professorship, I will submit a report to the Education Committee as required. I agree to abide by the decision of the committee.

Je, soussigné(e), accepte de soumettre un rapport d'évaluation au Comité de l'éducation si je reçois une bourse pour le programme de professeur visiteur. J'accepte de me conformer à la décision du comité.

Signature of applicant/ Signature du candidat: _____
Date: _____

Canadian Physiatrists Research and Development Foundation
Fondation canadienne des physiatres pour la recherche et le développement
774 promenade Echo Drive
Ottawa ON K1S 5N8
Tel.: (613) 730-6245
Fax.: (613) 730-1116
E-mail: capmr@rcpsc.edu