

Demande au Programme d'aide à la formation continue

**Ce formulaire de demande est destiné aux professionnels de la santé
qui travaillent auprès des personnes amputées.**

Nom : _____

Titre : _____

Adresse de domicile : _____

Téléphone (spécifiez) : _____

Courriel : _____

Employeur : _____

Date : _____

**Veillez noter que vous devez répondre aux questions suivantes
pour que nous considérions votre demande.**

1. Quel est le nom de l'activité de formation continue (cours, conférence, etc.)?

2. Veillez noter la ou les dates et le lieu.

3. Quel est le montant des frais d'inscription?

4. Veuillez fournir un sommaire ou une description de l'activité de formation continue.

5. Veuillez expliquer pourquoi ou comment votre participation améliorera vos connaissances et votre expertise des soins apportés aux personnes amputées.

6. Avez-vous obtenu de l'aide financière d'autres sources pour participer à cette activité de formation continue? Si oui, veuillez donner des détails.

Oui, j'ai obtenu de l'aide financière d'autres sources.

Non, je n'ai pas obtenu d'aide financière d'autres sources.

Veillez envoyer le formulaire rempli au Centre d'information pour les personnes amputées.