

Programme d'aide à la formation continue Demande de remboursement des dépenses

Veuillez consulter les lignes directrices du Programme d'aide à la formation continue pour plus d'information.

Nom : _____
Titre : _____
Adresse de domicile : _____

Téléphone (spécifiez) : _____
Courriel : _____
Employeur : _____

Nom du cours : _____
Date ou dates et lieu : _____

Frais d'inscription _____ \$
Kilométrage : _____ kilomètres à 0,25 \$ par kilomètre (coût de l'essence non remboursé) _____ \$
Tarifs d'avion, de train ou autre _____ \$
Si « autre », veuillez spécifier : _____

Hébergement (les appels téléphoniques, la location de films ou tout autre service reçu lors du séjour à l'hôtel ne sont pas remboursés) _____ \$
Total des dépenses _____ \$
Total demandé (jusqu'à un maximum de 1000 \$) _____ \$

Signature Date de la demande

Espace réservé pour usage interne

<p>Timbre du fournisseur</p> <p>Prix approuvés _____ Délai respecté _____ Paiement approuvé _____ N° du fournisseur _____ N° du bordereau _____ Facturer au N° _____ Facturer au N° _____</p>	<p>Rapport demandé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Dans le cadre de notre mandat qui consiste à veiller au mieux-être des Canadiens amputés, nous pourrions demander aux participants un rapport nous faisant part de leur expertise et des connaissances acquises lors de la conférence ou du cours. Ceci contribuera à affermir la position de l'Association des Amputés de guerre en tant que centre d'excellence dans le domaine de l'amputation et des soins prothétiques.</p>	<p>Statut</p> <p><input type="checkbox"/> Approuvé <input type="checkbox"/> Non approuvé</p>
--	---	---

Signature de la personne autorisant les dépenses _____