



Instituts de recherche en
santé du Canada

Canadian Institutes of
Health Research

Conseil de recherches en
sciences humaines du Canada

Social Sciences and Humanities
Research Council of Canada

Conseil de recherches en sciences
naturelles et en génie du Canada

Natural Sciences and Engineering
Research Council of Canada

Formulaire d'obtention du diplôme

Partie 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LA BOURSE ET SUR LE TITULAIRE DE LA BOURSE

IRSC

CRSNG

CRSH

Nom de famille, prénom et initiale(s) du titulaire de la bourse

Type de bourse

Numéro de la demande

Numéro du comité (CRSNG seulement)

Faculté ou département

Établissement

Établissement de recherche des IRSC (s'il diffère de celui
indiqué ci-contre)

Adresse de courriel

Numéro de téléphone

Adresse postale

Partie 2 : OBTENTION DU DIPLÔME

J'atteste, par la présente, que j'ai satisfait à toutes les exigences de mon programme d'études au niveau indiqué ci-dessous :

- M.A. ou M.Sc.
- Ph. D.
- Diplôme équivalent au doctorat
- Diplôme professionnel dans le domaine de la santé
- Autre (précisez) : _____

Nom du diplôme (indiquer la spécialisation) : _____

Date d'obtention du diplôme : _____

SIGNATURE DU TITULAIRE DE LA BOURSE : _____ DATE : _____

Partie 3 : CONFIRMATION DE LA PART D'UN REPRÉSENTANT AUTORISÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

J'atteste, par la présente, que le titulaire de la bourse susmentionné a satisfait à toutes les exigences de son programme d'études au niveau indiqué à la partie 2.

Établissement : _____

Nom (en lettres moulées) : _____ Titre : _____

Signature : _____ Date : _____