

Formulaire de demande d'approbation du choix du congrès scientifique

Identification du récipiendaire	Prénom Nom :
	Adresse :
	Téléphone:
	Numéro de dossier :
Description du congrès	
Nom du congrès	
Organisé par	
Lieu	
Date (entre février 2024 et le 31 août 2025)	
Estimation des dépenses (coût inscription, transport, hébergement, repas)	
Signature et date	_____
	Signature Date

IMPORTANT : Retournez ce formulaire dûment complété et **signer** le plus tôt possible à :

Secrétariat du vice-décanat aux études supérieures et à la recherche
 Faculté de médecine dentaire – Université Laval
 Pavillon de médecine dentaire
 2420, rue de la Terrasse, bureau 3535
 Québec (Québec) G1V 0A6
cycles-superieurs@fmd.ulaval.ca

-Section réservée à l'administration-

Choix du Congrès

Choix accepté Choix refusé

 Signature du vice-doyen aux études supérieures et à la recherche

 Date