



Université d'Ottawa | University of Ottawa

Département de Médecine familiale / Department of Family Medicine
201-600 Peter Morand Crescent, Ottawa, ON, K1G 5Z3

PROGRAMME DE MENTORAT – DEMANDE DE REMBOURSEMENT

MENTORSHIP PROGRAM – REIMBURSEMENT FORM

Nom – Last Name	Prénom – First Name
Rue – Street address	Ville – City/Town
Province	Code Postal – Postal Code
Adresse courriel – E-mail address	Téléphone (travail) – Telephone (work)

Nom du mentor- Name of the mentor: _____

Nom du mentoré - Name of the mentee: _____

Date de la rencontre - Meeting date : _____

Lieu de la rencontre – Meeting location : _____

Veillez sélectionner le type de rencontre - Please select the type of business meeting:

- Clinique | Clinical
- Leadership | Admin
- Investigation
- Education médicale et l'enseignement | Medical education and teaching challe
- Développement personnel | Best Self
- Autre | Other

Montant du remboursement | Amount to be reimbursed: (max \$25): _____

Please attach your receipt(s) and send the form to facdevdfm@uottawa.ca .

Signature de (de la) requérant(e) - Signature of requester
