

1300-180 rue Elgin Street, Ottawa, Ontario K2P 2K3 Tél. : 613-234-0012 1-800-463-9729 Fax : 613-234-1097 URL : [www.actrm.ca](http://www.actrm.ca)

Programme d'agrément des crédits de formation continue (PACFC)  
**SEMAINE DES TRMs : FORMULAIRE DE DEMANDE**

Commanditaire/organisation: \_\_\_\_\_

Nom de la personne-ressource: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Téléphone (professionnel): \_\_\_\_\_ Télécopieur (professionnel): \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Nom de l'activité: \_\_\_\_\_

Date(s) prévue(s): \_\_\_\_\_ Horaires/Durée: \_\_\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_

**Sélectionner le programme qui vous intéresse et les frais associés**

Activité dans le cadre de la semaine des TRM

**PAIEMENT**

**N / A**

**Critères d'admissibilité :**

- Conférence en direct entre le 6 et le 12 novembre 2022
- Sujet portant sur les sciences de la radiation médicale
- Durée maximale de trois (3) heures
- Date et heure fixée
- Objectif d'apprentissage (un par heure)
- Nom et titre du conférencier

**Usage interne seulement :**

Agrément du crédit de catégorie A \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_ Examiné par: \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE DE PRÉSENTATION DES SÉANCES/CONFÉRENCES

Veillez remplir un descriptif pour chaque séance/conférence de l'activité pour laquelle vous effectuez une demande d'agrément de crédits de formation continue.

N° de la séance/de la conférence: _____	
Intitulé: _____	
Date de la présentation: _____	
Horaire: _____	Durée: _____
Objectifs: _____	
_____	
_____	
_____	
_____	
Titres de compétence du conférencier (fournir ses titres et ses accréditations professionnelles):	
_____	
_____	
_____	
_____	

N° de la séance/de la conférence: _____	
Intitulé: _____	
Date de la présentation: _____	
Horaire: _____	Durée: _____
Objectifs: _____	
_____	
_____	
_____	
_____	
Titres de compétence du conférencier (fournir ses titres et ses accréditations professionnelles):	
_____	
_____	
_____	
_____	