



Collecte de données des ressources humaines en santé

Nom complet:			DATE:			
Fonction:		Tél. résidentiel:				
Courriel:			Pour usage interne:			
Adresse personnelle:						
Ville:	Province:	CP:				
Origine ethnique: <input type="checkbox"/> Premières nations: <input type="checkbox"/> Métis: <input type="checkbox"/> Inuit: <input type="checkbox"/> Autre: _____		Date de naissance:		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue maternelle: 	Langue seconde:
<input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/> Étudiant		École de médecine: 				
Année d'obtention du diplôme: 		Domaine de spécialisation: 				
Lieu d'exercice: 						
Changement de pratique ou de lieu d'exercice au cours des cinq dernières années: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquez les derniers lieux d'exercice: 						
Raison du changement de pratique: 						
Champs d'exercice actuel (ex.: clinicien, chercheur, éducateur médical, gestionnaire): 						
1						
2						
3						
4						