

A compléter et à envoyer à



IFAS – Centre Hospitalier Roland MAZOIN Rue Chateaubriand 87200 SAINT JUNIEN



florence.boissiere@ch-stjunien.fr

ou

veronique.grand@ch-stjunien.fr



05. 55. 43. 54. 55

ETABLISSEMENT EMPLOYEUR

Nom :

Adresse :

.....

Téléphone :

Courriel :

Date, signature et cachet de
l'établissement

PARTICIPANT

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse :

.....

.....

.....

FORMATION CHOISIE :

Intitulé :

.....

Référence :

Dates :