

## 1. Pharmacie - Participant

Nom de la pharmacie : .....

Nom du ou des titulaires : .....

Cachet : .....

.....

.....

.....

.....

Cachet

E-mail : .....

Je souhaite un complément d'information sur les formations.

Je souhaite recevoir un dossier d'inscription pour les personnes dénommées ci-dessous :

Prénom : ..... Nom : ..... Fonction : .....

Prénom : ..... Nom : ..... Fonction : .....

Prénom : ..... Nom : ..... Fonction : .....

Prénom : ..... Nom : ..... Fonction : .....

## 2. Formation

Intitulé	Ville	Date(s)
<input type="checkbox"/> Maintien A Domicile		
<input type="checkbox"/> Douleur		
<input type="checkbox"/> Traitement et accompagnement du patient cancéreux		
<input type="checkbox"/> Prise en charge diététique de la personne âgée		
<input type="checkbox"/> Prise en charge diététique de la femme enceinte, allaitante, du nourrisson et de l'enfant en bas-âge		
<input type="checkbox"/> Diététique et allergies alimentaires		
<input type="checkbox"/> Aromathérapie		
<input type="checkbox"/> Asthme		
<input type="checkbox"/> Urgences à l'officine		