

École Régionale d'Infirmiers Anesthésistes

Formulaire de demande D'une formation en Intra Hospitalier

Établissement :

Adresse :

.....

CP : Ville :

Nom de la personne à contacter :

N° de téléphone :

Email :

 Contexte de la demande de formation en intra hospitalier :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

 Intitulé de la formation :

.....
.....
.....
.....

 Personnels concernés :

.....

Nombre d'agents à former :

Nombre de groupes souhaités :

 Durée attendue de la formation :

Nombre de jours :

Si 2 sessions, intervalle souhaité :

Préférence calendaire / Mois souhaités :

.....
.....
.....

