

**NATURE DE LA PRISE EN CHARGE**

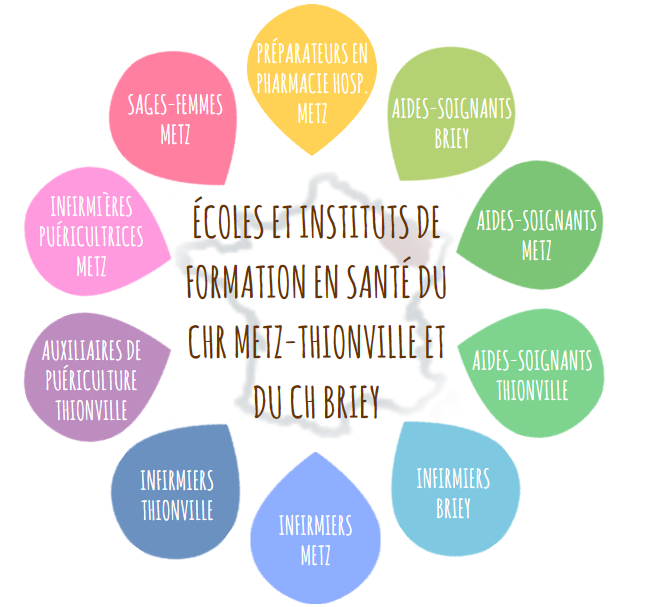
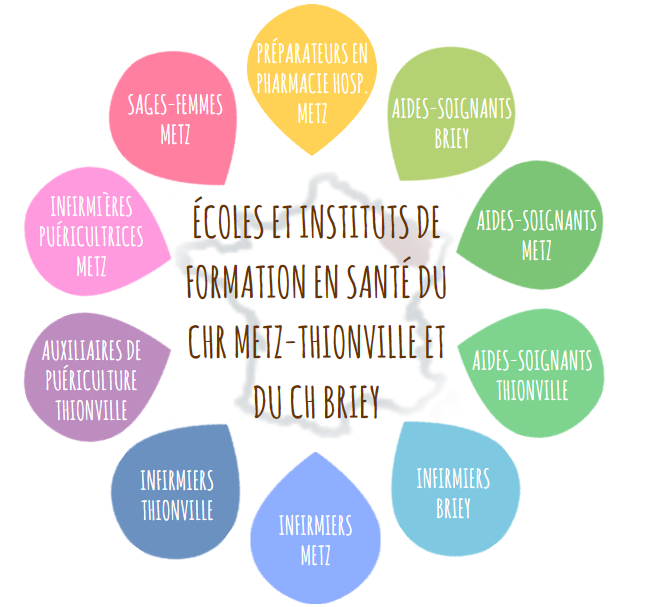
**Formation**

**de Préparateur en Pharmacie Hospitalière**

*Cadre légal : Arrêté du 31 juillet 2024*

Formation professionnelle continue

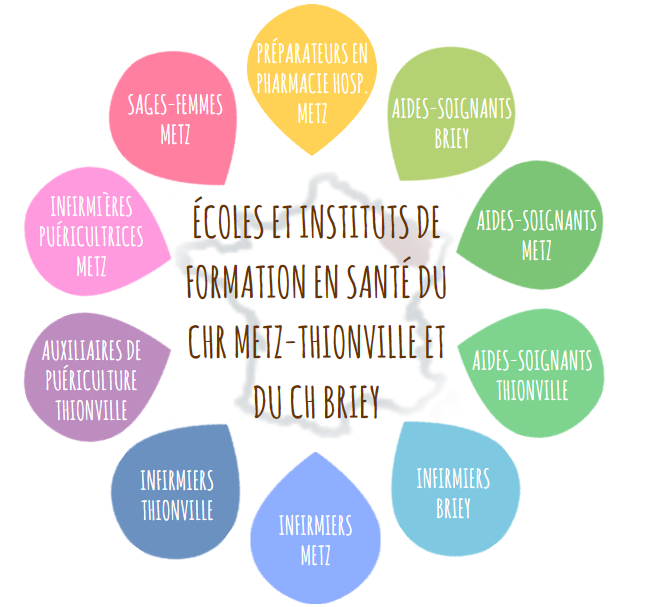
Session 2025/2026



**CANDIDAT :**

**NOM** Cliquez et saisissez.

**PRENOM** Cliquez et saisissez.



Centre de Formation de Préparateurs en Pharmacie Hospitalière

20 rue de Belletanche

57000 METZ

Tel : 03 87 76 40 44

[cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr](mailto:cfpph.secretariat@chr-metz-thionville.fr)

****[www.ecolesantemetz.com](http://www.ecolesantemetz.com)



**NATURE DE LA PRISE EN CHARGE**

**Cochez la case correspondant à votre situation et renseignez les informations s’y rattachant.**

**Demande dans le cadre de la formation professionnelle continue du plan de formation de mon établissement :**

**Etablissement hospitalier :**

**NOM** Cliquez et saisissez.

**Adresse** Cliquez et saisissez n° et nom de rue/voie.

**Code postal** Cliquez et saisissez.

**Ville** Cliquez et saisissez en majuscules.

**Téléphone** Cliquez et saisissez sans point mais avec des espaces.

**Etat actuel de la demande :** Choisissez un élément.

Si en attente de décision, précisez la date de commission, si possible : Cliquez et saisissez en format JJ/MM/AAAA.

**Identification de la personne en charge du dossier administratif :**

**NOM et Prénom :** Cliquez et saisissez.

**Qualité ou titre :** Cliquez et saisissez.

**Service** Cliquez et saisissez.

**Adresse** Cliquez et saisissez n° et nom de rue/voie.

**Code postal** Cliquez et saisissez.

**Ville** Cliquez et saisissez en majuscules.

**Téléphone** Cliquez et saisissez sans point mais avec des espaces.

**E-mail** Cliquez et saisissez.

**Identification du maître de stage ou tuteur de stage du candidat :**

**NOM et Prénom :** Cliquez et saisissez.

**Qualité ou titre :** Cliquez et saisissez.

**Service** Cliquez et saisissez.

**Adresse** Cliquez et saisissez n° et nom de rue/voie.

**Code postal** Cliquez et saisissez.

**Ville** Cliquez et saisissez en majuscules.

**Téléphone** Cliquez et saisissez sans point mais avec des espaces.

**E-mail** Cliquez et saisissez.

**Demande dans le cadre d’un OPCO – OPérateur de COmpétences)**

**Organisme de prise en charge :**

**NOM** Cliquez et saisissez.

**Adresse** Cliquez et saisissez n° et nom de rue/voie.

**Code postal** Cliquez et saisissez.

**Ville** Cliquez et saisissez en majuscules.

**Téléphone** Cliquez et saisissez sans point mais avec des espaces.

**Identification de la personne en charge du dossier administratif :**

**NOM et Prénom :** Cliquez et saisissez.

**Téléphone** Cliquez et saisissez sans point mais avec des espaces.

**E-mail** Cliquez et saisissez.

**Etablissement hospitalier ou officine :**

**NOM** Cliquez et saisissez.

**Adresse** Cliquez et saisissez n° et nom de rue/voie.

**Code postal** Cliquez et saisissez.

**Ville** Cliquez et saisissez en majuscules.

**Téléphone** Cliquez et saisissez sans point mais avec des espaces.

**Etat actuel de la demande :** Choisissez un élément.

Si en attente de décision, précisez la date de commission, si possible : Cliquez et saisissez en format JJ/MM/AAAA.

**Demande dans le cadre de Pôle Emploi et/ou CPF**

**Adresse** Cliquez et saisissez n° et nom de rue/voie.

**Code postal** Cliquez et saisissez.

**Ville** Cliquez et saisissez en majuscules.

**Téléphone** Cliquez et saisissez sans point mais avec des espaces.

**Identification de la personne en charge du dossier administratif :**

**NOM et Prénom :** Cliquez et saisissez.

**Téléphone** Cliquez et saisissez sans point mais avec des espaces.

**E-mail** Cliquez et saisissez.

**Etat actuel de la demande :** Choisissez un élément.

Si en attente de décision, précisez la date de commission, si possible : Cliquez et saisissez en format JJ/MM/AAAA.

**Prise en charge en autofinancement**