

## Bulletin d'Inscription Année 2018

Merci d'utiliser un formulaire par stagiaire

### Employeur :

M : .....

Fonction : .....

Etablissement : .....

Adresse : .....

.....

Tél : .....

Fax : .....

Courriel : .....

### Stagiaire à inscrire :

M  Mme

Nom : .....

Prénom : .....

Fonction : .....

Courriel : .....

### Formation

Titre : .....

.....

Dates : .....

### Règlement

**Inscription au titre de la formation continue**  
(établissement d'une convention)

Le bulletin d'inscription est à faire parvenir au :  
**Centre Hospitalier Départemental**  
**Secrétariat DRH**  
**17 rte de Strasbourg**  
**67241 BISCHWILLER CEDEX**  
**☎ 03 88 80 22 30 - 📠 03 88 80 22 46**  
**courriel : [FORMATIONS@ch-bischwiller.fr](mailto:FORMATIONS@ch-bischwiller.fr)**

Date cachet et signature de  
l'employeur