hpci_280px

**FORMATION NOUVEAU COLLABORATEUR**

**HYGIÈNE PRÉVENTION ET CONTRÔLE DE L’INFECTION**

**POUR PERSONNEL INFIRMIER\***

*\* Infirmier, infirmier assistant, ASSC, ergothérapeutes…*

**DATE**

**Jeudi :** Cliquez ici pour entrer la date de votre formation  
*Conférez-vous aux dates disponibles sur notre site.*

**HORAIRE**

**De 14h00 à 17h00**

**LIEU**

Le lieu sera communiqué ultérieurement, veuillez consulter le site plus tard.

**BULLETIN D’INSCRIPTION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom et prénom | Fonction | Etablissement |
| Nom, prénom 1 | Fonction 1 | Etablissement 1 |
| Nom, prénom 2 | Fonction 2 | Etablissement 2 |
| Nom, prénom 3 | Fonction 3 | Etablissement 3 |
| Nom, prénom 4 | Fonction 4 | Etablissement 4 |
| Nom, prénom 5 | Fonction 5 | Etablissement 5 |
| Nom, prénom 6 | Fonction 6 | Etablissement 6 |
| Nom, prénom 7 | Fonction 7 | Etablissement 7 |
| Nom, prénom 8 | Fonction 8 | Etablissement 8 |
| Nom, prénom 9 | Fonction 9 | Etablissement 9 |
| Nom, prénom 10 | Fonction 10 | Etablissement 10 |

Renvoyez votre inscription par email à :  
[Aline.Rochat@chuv.ch](mailto:Aline.Rochat@chuv.ch)  
  
*Maximum 10 jours avant votre formation.*