

Nous, Membres de la Commission régionale compétente pour le

D.E.S. de Pharmacie hospitalière

Délégués par les Doyens des Facultés de **Pharmacie** de la Région Pays de la Loire, réunis pour nous assurer de la conformité des formations pratique et théorique validées aux dispositions réglementaires applicables au Diplôme d'Études Spécialisées nommé ci-dessus.

Vu, les rapports et les appréciations,

Vu, la validation de l'ensemble de la formation théorique et pratique,

Vu, les exigences propres au D.E.S., hors stages et formation théorique,

Nous proposons l'attribution du D.E.S. à _____

Option : _____

Le _____, à _____

Les Membres de la Commission,

Coordonnateur régional de la spécialité, président de la commission

Coordonnateur local de la spécialité
OU coordonnateur d'option de la spécialité (le cas échéant), membre de la commission

Coordonnateur de F.S.T,
membre sur invitation du président

Personnel enseignant titulaire de la région et de la spécialité, membre de la commission

Personnel enseignant titulaire de la région, membre de la commission

Personnel enseignant hospitalier de la région et de la spécialité, membre de la commission

Représentant des étudiants de la spécialité, membre de la commission

Représentant des étudiants¹, membre de la commission

¹ Pour le D.E.S. de Biologie médicale : représentant étudiant de pharmacie inscrit dans la spécialité Biologie médicale