**Dépôt de sujet**

**DES De Pharmacie Hospitalière**

*Ces renseignements* ***dactylographiés*** *sont à remettre au secrétariat de l’internat* ***au moins 2 mois avant la date de soutenance***

Nom : Prénom :

Promotion :

**Sujet**

**Thèmes abordés et mots clés** :

**Titre prévu** :

**Désignation du directeur de thèse**

Nom : Prénom :

Fonction (si extérieur à la Faculté) :

Remarque :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’étudiant | Le directeur de thèse | Avis et signature du Coordonnateur | Avis et signature du Doyen |
| Date :Signature :  | Date :Signature : | [ ]  Avis favorable [ ]  Avis défavorableDate : Nom et Signature  | [ ]  Avis favorable [ ]  Avis défavorableDate :  Le Doyen D. ALLORGE |