



DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

DIRECTION DE LA PHARMACIE  
ET DU MEDICAMENT

LE DIRECTEUR

## DEMANDE D'AUTORISATION D'ABSENCE

### Demandeur :

Docteur.....

Titulaire de la pharmacie :

.....

Sise à :.....

.....

Sollicite une autorisation d'absence pour la période du ...../...../.....au...../.../.....

Motif : :.....

.....

.....

Signature :

### Remplaçant :

Docteur.....

Accepte de remplacer Dr.....

Durant son absence prévue du...../...../..... au...../...../.....

Signature :

Ci-joint :

- la copie de mon diplôme de docteur en pharmacie
- le certificat de mon inscription à l'Ordre National des Pharmaciens

Autorisation accordée pour la période du :

...../...../.....au...../.../.....

**NB :** les étudiants en pharmacie ne peuvent pas assurer un remplacement.

**Professeur Amadou Moctar DIEYE**