Facultad de Odontología

LISTA DE ASISTENCIA

CURSO: _____ FECHA: _____

CAPACITADOR: _____

NO. EMP.	NOMBRE	ÁREA	PUESTO	FIRMA

_____

FIRMA DEL INSTRUCTOR

Fecha de Revisión: 15/08/2011
No. de Revisión: 0
FOR 6.2 RHU 05