



Lista de inscritos en el taller

Denominación del taller:					
Lugar donde se impartirá:		Fecha de inicio:		Fecha de finalización:	
Nombre de los pacientes activos formadores:					

	Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono	Correo electrónico	Centro de salud de referencia	Captación
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							