

REGISTRO DE PARTICIPANTES

RERHS007-C

NOMBRE DEL EVENTO DE CAPACITACIÓN:

NOMBRE DEL INSTRUCTOR (A) O PONENTE:

INSTITUCIÓN QUE CAPACITA:

FECHA:

	NOMBRE	SEXO (H ó M)	CUENTA CON ALGUNA DISCAPACIDAD	FIRMA	HORA DE ENTRADA
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					