

Programa de Soporte Vital Básico en Obstetricia (BLSO)
Registro de Participantes

	Nombre	Correo Electrónico	Firma	Examen Escrito	Aprueba/No Aprueba	PI
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Folio:

Programa de Soporte Vital Básico en Obstetricia (BLSO)
Registro de Participantes

	Nombre	Correo Electrónico	Firma	Examen Escrito	Aprueba/No Aprueba	PI
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

Folio:

Programa de Soporte Vital Básico en Obstetricia (BLSO)
Registro de Participantes

	Nombre	Correo Electrónico	Firma	Examen Escrito	Aprueba/No Aprueba	PI
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						

Folio:

Programa de Soporte Vital Básico en Obstetricia (BLSO)
Registro de Participantes

	Nombre	Correo Electrónico	Firma	Examen Escrito	Aprueba/ No Aprueba	PI
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						

Folio:

Programa de Soporte Vital Básico en Obstetricia (BLSO)
Registro de Participantes

	Nombre	Correo Electrónico	Firma	Examen Escrito	Aprueba/No Aprueba	PI
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						

Folio: