

FORMATO DE INSCRIPCIÓN PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN

			Fecha:		
Curso:					
Fecha del curso:					
Nombre (s):					
Apellidos: (paterno y materno)					
Domicilio: (para recibir correspondencia)			Calle	No. Interior y Exterior	Colonia
			Municipio	Estado	Código Postal
Correo electrónico:					
Teléfono (s) (convencional y celular con clave lada)					
Nombre de la(s) institución(es) donde labora:					
Teléfono(s) de estas Instituciones: (con clave lada)					
Cargo que desempeña:					
Profesión:					

Enviar al correo electrónico desarrollohumano.cnts@salud.gob.mx

- 1.- Formato debidamente llenado (letra legible);
- 2.-Copia simple por ambos lados del título o cédula profesional.

Nota:

Los nombres de los solicitantes aceptados al curso, se publicarán siete días previos al inicio del mismo, en la página electrónica del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (www.cnts.salud.gob.mx).

