

## FORMATO DE INSCRIPCIÓN PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACIÓN

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

Enviar al correo electrónico [desarrollohumano.cnts@salud.gob.mx](mailto: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](http://www.cnts.salud.gob.mx)).

