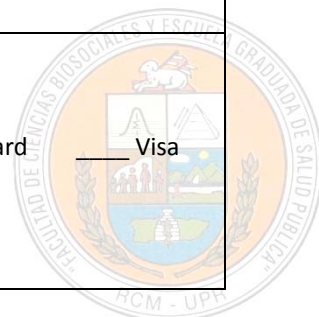




Escuela Graduada de Salud Pública
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

Escuela Graduada de Salud
Recinto Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico
División de Educación Continua y Estudios Profesionales Pública (DECEP)

Formulario de Inscripción (utilice una hoja por curso)			
Nombre del Participante	Nombre:		
	Apellidos:		
Profesión/Ocupación		No. Licencia	
Título del Curso			
Fecha			
Dirección Postal			
	Ciudad:	País:	Zip code:
Números Telefónicos	Trabajo:	Celular:	Fax:
Correo Electrónico			
Lugar de Trabajo	Agencia/Institución:		
	Departamento/División:		
Pagos:	Método de pago anticipado:		
	<input type="checkbox"/> ATH <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> American Express <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> Factura/Cuenta UPR		



Favor de completar el formulario uno para cada curso y envíe a través de fax al (787)763-7291 o mediante correo electrónico a decepspublica.rcm@upr.edu