



INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA, A.C.

INSCRIPCIÓN: _____ FOLIO: _____

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN AL DIPLOMADO:

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE (S)
SEXO: F () M () _____	_____	_____
FECHA DE NACIMIENTO	AÑO DE GRADUACIÓN	No. DE CÉDULA PROFESIONAL

UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA: _____

2. DOMICILIO PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA:

CALLE O AVENIDA	No. EXT.	No. INT.	
_____	_____	_____	
COLONIA	DELEGACIÓN, MUNICIPIO	ESTADO	C.P.

TELÉFONO PARTICULAR: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

E-MAIL: _____

3. EJERCICIO PROFESIONAL INSTITUCIONAL:

INSTITUCIÓN: _____ PUESTO _____

DOMICILIO: _____

ANTIGÜEDAD: _____ TELÉFONO: _____

TIPO DE EJERCICIO CLÍNICO () DOCENTE () INVESTIGACIÓN () OTRO ()

4. EJERCICIO PROFESIONAL PRIVADO:

INSTITUCIÓN: _____ PUESTO _____

DOMICILIO: _____

ANTIGÜEDAD: _____ TELÉFONO: _____

TIPO DE EJERCICIO CLÍNICO () DOCENTE () INVESTIGACIÓN () OTRO ()

MÉXICO, D.F. A _____ DE _____ DE 20 _____