INSTITUTO NACIONAL DE EDUCACIÓN MÉDICA CONTINUA, A.C

INSCRIPCIÓN: _____ FOLIO: _____

(Dejar en blanco estos campos)

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE DEL DIPLOMADO AL QUE DESEA INSCRIBIRSE:

_____

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE:

_____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE(S)

FECHA DE NACIMIENTO _____ AÑO DE GRADUACIÓN _____

DÍA/MES/AÑO

GÉNERO: F(☐) M(☐) UNIVERSIDAD DE PROCEDENCIA: _____

N° DE CÉDULA PROFESIONAL: _____

2. DOMICILIO PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA.

_____

CALLE O AVENIDA N°. EXTERIOR N°. INTERIOR

_____

COLONIA ALCALDÍA / MUNICIPIO ESTADO C.P.

TELÉFONO PARTICULAR: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

3. EJERCICIO PROFESIONAL INSTITUCIONAL:

INSTITUCIÓN: _____ PUESTO: _____

DOMICILIO: _____

ANTIGÜEDAD: _____ TÉLEFONO: _____

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

4. EJERCICIO PROFESIONAL PRIVADO:

INSTITUCIÓN: _____ PUESTO: _____

DOMICILIO: _____

ANTIGÜEDAD: _____ TÉLEFONO: _____

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

México, CDMX a_____ de _____ del 20 _____