



FORMATO:	F-08-31 / ED-02
LABORATORIO O EMPRESA:	
CONTACTO:	
CELULAR/TELEFONO:	
E-MAIL:	
FECHA ACTUALIZACIÓN:	

RELACIÓN DE BECAS DE INSCRIPCIÓN

No.	Dr./Dra.	Nombre (s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Especialidad	Correo Electrónico	No. Celular
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							
34							
35							
36							
37							
38							
39							
40							