



Universidad Autónoma de Yucatán
Facultad de Medicina
Laboratorio de Dietología



Registro de Asistencia

Nombre del usuario responsable: _____
Fecha: _____ Hora inicio: _____ Hora término: _____
Licenciatura/Institución: _____ Semestre: _____
Actividad a realizar: _____
No. de asistentes: _____ Observaciones: _____

Nombre del usuario responsable: _____
Fecha: _____ Hora inicio: _____ Hora término: _____
Licenciatura/Institución: _____ Semestre: _____
Actividad a realizar: _____
No. de asistentes: _____ Observaciones: _____

Nombre del usuario responsable: _____
Fecha: _____ Hora inicio: _____ Hora término: _____
Licenciatura/Institución: _____ Semestre: _____
Actividad a realizar: _____
No. de asistentes: _____ Observaciones: _____

Nombre del usuario responsable: _____
Fecha: _____ Hora inicio: _____ Hora término: _____
Licenciatura/Institución: _____ Semestre: _____
Actividad a realizar: _____
No. de asistentes: _____ Observaciones: _____

Nombre del usuario responsable: _____
Fecha: _____ Hora inicio: _____ Hora término: _____
Licenciatura/Institución: _____ Semestre: _____
Actividad a realizar: _____
No. de asistentes: _____ Observaciones: _____



Laboratorio de Dietología

Bitácora

Registro de asistencia.

