



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN
FORMATO II - REGISTRO DE COLABORADORES



NOMBRE DEL PROYECTO _____

PARTICIPANTES POR LA FACULTAD DE MEDICINA

NOMBRE Y NOMBRAMIENTO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO	TIPO DE PARTICIPACIÓN	FIRMA

PARTICIPANTES POR OTRAS INSTITUCIONES

NOMBRE	INSTITUCIÓN	TIPO DE PARTICIPACIÓN	FIRMA

Nombre de quien entrega: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN
FORMATO II – REGISTRO DE COLABORADORES



Nombre de quien recibe: _____

Fecha: _____