



Universidad de Puerto Rico
Recinto de Ciencias Médicas
Escuela de Farmacia



Nombre

Inicial

Apellidos

Dirección Postal

Dirección Residencial

Teléfono Residencial

Teléfono Celular

Teléfono Trabajo

Lugar de Trabajo

Correo Electrónico (personal)

Correo Electrónico (trabajo)

Año de Graduación

Grado

Núm. Licencia

Marcar:

Soy Preceptor

Intereso ser Preceptor

No intereso ser Preceptor

Comentarios:

--