



INFORME DE ASISTENCIA AL CENTRO DE PRÁCTICA Interno Técnico de Farmacia

Nombre del Estudiante: _____ Núm. Certificado _____

Centro de Práctica: _____ Preceptor: _____

Día de Semana y Fecha	Entrada	Salida	Entrada	Salida	Horas Totales	Horas Acumuladas	Firma Preceptor
TOTAL							