

Comité de Hospitales e Instituciones del Norte de California

P.O. Box 192490, San Francisco, CA 94119 www.handinorcal.org

# de Región:	Presidente de la Región:	# de Área:	Presidente de Área:	A la fecha:
---------------------	---------------------------------	-------------------	----------------------------	--------------------

NOMBRE DE LA INSTALACIÓN/UNIDAD:	
Nombre/teléfono/correo electrónico del coordinador de la instalación:	
Descripción de la reunión (género/formato/# estimado de asistentes, etc.):	
Dirección:	
Día/hora de la reunión:	
Nombre del contacto interno:	
Teléfono:	Correo electrónico:
Nombre del contacto de autorización:	
Teléfono:	Correo electrónico:

Coordinador de reuniones de H&I	Vencimiento de la autorización	TELÉFONOS DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO

1ª SEMANA EQUIPO DE VOLUNTARIADO	Vencimiento de la autorización	TELÉFONOS DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO

2ª SEMANA EQUIPO DE VOLUNTARIADO	Vencimiento de la autorización	TELÉFONOS DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO

3ª SEMANA EQUIPO DE VOLUNTARIADO	Vencimiento de la autorización	TELÉFONOS DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO

4ª SEMANA EQUIPO DE VOLUNTARIADO	Vencimiento de la autorización	TELÉFONOS DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO

5ª SEMANA EQUIPO DE VOLUNTARIADO	Vencimiento de la autorización	TELÉFONOS DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO

ALTERNATIVAS	Vencimiento de la autorización	TELÉFONOS	CORREO ELECTRÓNICO