

Deelnameformulier

Hierbij bevestig ik dat ik heb deelgenomen aan de praktische training in hygiënische handdesinfectie.

DesiCoach®

Training in handhygiëne

PLAATS _____

DATUM _____

	NAAM	AFDELING	HANDTEKENING	
01	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
02	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
03	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
04	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
05	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<hr/>				
06	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
07	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
08	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
09	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
10	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<hr/>				
11	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
12	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
13	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
14	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
15	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<hr/>				
16	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
17	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
18	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
19	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
20	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
<hr/>				
21	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
22	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
23	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
24	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
25	<input type="radio"/>	<input type="text"/>