
(NOMBRE DE INSTITUCIÓN)

CERTIFICADO DE TERMINACIÓN

SE CONCEDE A:

NOMBRE: _____

POR EL ÉXITO EN LA FINALIZACIÓN DE:

NOMBRE DEL CURSO: _____

FECHA: _____

(FIRMA AUTORIZADA, NOMBRE, TÍTULO)



EL CONTENIDO EDUCATIVO PROPORCIONADO POR:
LIGHTBRIDGE HEALTHCARE RESEARCH, INC.
Bridging the Gap Between Research & Care

www.LightBridgeHealthcare.com