

de todos los becados en una lista. La cena del 12 de Abril será a expensas propias del solicitante pero podrá ser reembolsado.

Fecha de llegada: Abril 10 Abril 11 Abril 12
Fecha de partida: Abril 12 Abril 13

Boleto de avión

Las reservaciones de boletos de avión se harán en su nombre. Se recomienda compartir el taxi/transporte desde el aeropuerto hasta el hotel.

Nombre como aparece en su licencia de conducir	
Fecha de nacimiento	
Aeropuerto de partida	

Millas recorridas en carro

Vehículo personal Vehículo de la compañía Otro, _____

Total de millas por viaje de ida y vuelta: _____

Si viaja con otras personas, por favor liste los nombres de todos los pasajeros en el vehículo. El conductor será el que reciba el reembolso por las millas.

Nombre del Conductor: _____
Nombre de Pasajero: _____
Nombre de Pasajero: _____
Nombre de Pasajero: _____
Nombre de Pasajero: _____
Nombre de Pasajero: _____
Nombre de Pasajero: _____
Nombre de Pasajero: _____

Envíe las solicitudes por correo electrónico al chwconference@doh.wa.gov, ó por correo postal al **Departamento de Salud del Estado de Washington, ATTN: Marissa Floyd, PO Box 47848, Olympia, WA 98504.**

FOR OFFICE USE ONLY – check all that apply	Notes:
<input type="checkbox"/> Registration <input type="checkbox"/> Mileage and/or Airfare	
<input type="checkbox"/> Lodging <input type="checkbox"/> Dinner	
<input type="checkbox"/> Confirmation Email Sent	