Ayudando a las Madres a Sobrevivir

Coordinador de práctica

otorgado a

Nombre

**en reconocimiento por haber completado la**

**Orientación para el Coordinador de práctica**

**AMS -Cuidados esenciales en el trabajo de parto y el parto**

**Ciudad, País**

**Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Institución \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Firma del Capacitador de AMS

