Clinic Name: _____

Section G:
Clinic Employee List

Date:_____

Employee Name	Employee Title	Date of Birth	Home Address	Telephone Number	Check Yes or No For Each			Driver's License Number
					Arrest	Drug Arrest	Criminal Conviction	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	
					☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	☐ Y ☐ N	