

Department Meeting Attendee Checklist

Date:

Time:

Location:

Agenda:

| # | Name | Department/Position | Present | Signature | Remarks |
|---|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| 1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 5 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |