

HCP/CPR Participant Answer Sheet

NAME: _____

1	A	B	C	<input type="checkbox"/>
2	A	B	<input type="checkbox"/>	D
3	A	<input type="checkbox"/>	C	D
4	A	B	C	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	B	C	D
6	A	<input type="checkbox"/>	C	D
7	A	B	<input type="checkbox"/>	D
8	<input type="checkbox"/>	B	C	D
9	A	B	<input type="checkbox"/>	D
10	A	<input type="checkbox"/>	C	D
11	<input type="checkbox"/>	B	C	D
12	A	B	C	<input type="checkbox"/>
13	A	B	<input type="checkbox"/>	D
14	A	<input type="checkbox"/>	C	D
15	<input type="checkbox"/>	B	C	D
16	A	<input type="checkbox"/>	C	D
17	<input type="checkbox"/>	B	C	D
18	A	B	C	<input type="checkbox"/>
19	A	B	<input type="checkbox"/>	D
20	A	B	C	<input type="checkbox"/>
21	<input type="checkbox"/>	B	C	D
22	A	<input type="checkbox"/>	C	D
23	A	<input type="checkbox"/>	C	D
24	<input type="checkbox"/>	B	C	D
25	A	<input type="checkbox"/>	C	D

