附件

医药代表来院预约登记表

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表预约登记 | 单位名称 |  |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： |
| 职能部门意 见 |  签字： 年 月 日 |
| 分管领导意 见 |  签字： 年 月 日 |