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： | | | | | |
| 接待部门  意 见 | 业务科室意见    签字：  年 月 日 | | | 分管领导意见    签字：  年 月 日 | | |
| 审计监察室：  年 月 日 | | | | | |

备注：此表填写完成后，请发送至邮箱361961061@qq.com，联系电话13943316967。