附件1

广西壮族自治区桂东人民医院

医药代表来院预约登记表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药代表预约登记 | 公司名称 |  | | | |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： | | | | |
| 主管职能科室  意见 | （是否同意接待、接待人员）    签字：  年 月 日 | | | | |
| 院办公室意见 | （安排接待时间、地点）  签字：  年 月 日 | | | | |