附件1

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公司名称 |  | | | 公司电话 | |  | |
| 代表姓名 |  | 代表职务 |  | | 代表电话 | |  |
| 代表姓名 |  | 代表职务 |  | | 代表电话 | |  |
| 来院事由 |  | | | | | | |
| 接待部门  意见 | 经审查医药代表提供备案资料，拟定于  年 月 日 时 分予以接待。  签名： 年 月 日 | | | | | | |
| 分管领导  意见 | 签名： 年 月 日 | | | | | | |

梅州市梅县区妇幼保健院

医药代表来院预约登记表