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