广西医科大学第一附属医院

医药代表到院拜访预约登记表

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： | | | | |
| 接待科室/部门意见 | 科室/部门负责人签字：  年 月 日 | | | | |