附件1：

凉山州中西医结合医院

医药代表来院预约登记表

预约时间： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 代表姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 手机号 |  |
| 邮箱 |  | 来访时间 |  |
| 涉及产品或项目 |  |
| 来院事由： |
| 产品或项目介绍内容：（简明叙述） |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员 |  | 医药代表签字 |  |
| 接待人员签字 |  |

备注:请将接待登记表提前7个工作日发送至医院医学综合保障部电子邮箱进行预约，多人来访的需另填写信息（一人一表），本院将根据内容安排相关人员接待。邮箱： @qq.com，联系电话: 0834- 。