凉山州中西医结合医院医药代表接待登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员1 |  | 职务 |  |
| 接待人员2 |  | 职务 |  |
| 接待人员3 |  | 职务 |  |
| 医药代表签名： | | | |
| 接待初步处理意见（包括原因） |  | | |
| 接待人员签字 |  | | |
| 备注 |  | | |

备注:本表主要由医院填写，来访的医药代表要签字确认。