附件

中山市博爱医院医药代表来院预约登记表

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（应包括拜访时间、科室、医务人员姓名等信息）： | | | | |
| 职能部门  意 见 | 签字：  年 月 日 | | | | |
| 分管领导  意 见 | 签字：  年 月 日 | | | | |

**注：**[**此表填好后请发送邮箱boaijjjc@163.com**](mailto:此表填好后请发送邮箱boaijjjc@163.com)**。**