

附件

医药代表来院预约拜访登记表

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：				
职能部门 意见	签字： 年 月 日				
分管领导 意见	签字： 年 月 日				
纪检监察室 意见	签字： 年 月 日				