阿坝州林业中心医院

医药代表来院预约登记表

年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称（盖章） |  |
| 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：请将预约登记表提前 7 个工作日发送至归口管理科室电子邮箱进行预约，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 。医学装备科邮箱：446871353@qq.com ，电话：028-60960825；药剂科邮箱：188931552@qq.com ，电话：028- 69263926。