医药代表来院预约登记表

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表/供应商预约登记 | 单位名称 |  |
| 预约时间 |  |
| 预约部门 |  |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： |
| 职能科室意见 |  签字： 年 月 日  |
| 到访部门时间及记录 |  |
| 在场人员签字 |   |