附件2

重庆市巴南区中医院

医药代表来院预约登记表

年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 名 称 |  |
| 代 表 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 手机号码 |  | 预约来访时间 |  |
| 身份证号码 |  |
| 涉及产品或项目 |  |
| 来访事由： |
| 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:请将接待登记表提前5个工作日交相关部门签收进行预约登记，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。联系电话:023-61216892。