|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **长春市第六医院 医药代表院内拜访医务人员预约登记表** | | | | |
| 单位名称 | |  | | |
| 医药代表姓名 | |  | 性 别 |  |
| 身份证号 | |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 | |  | 来访时间 |  |
| 来院事由： | | | | |
| 涉及的产品或项目介绍（简明叙述）： | | | | |
| 医院填写 | 拟接待时间 |  | 拟接待地点 |  |
| 职能部门意见 |  | | |
| 分管领导意见 |  | | |