犍为县人民医院医药代表来访预约登记表

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 | | | | |
| 纪检部门  备 案 | 签字：    年 月 日 | | | | |

备注：此表一式两份，职能部门一份，纪检监察室一份。