附件1

湛江中心人民医院医药代表预约登记表

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表预约登记 | 公司名称 |  |
| 姓 名 |  |
| 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 邮 箱 |  |
| 来院事由（简明叙述）： |
| 牵头科室承办人意 见 | 签字：年 月 日 |
| 牵头科室负责人意 见 | 签字： 年 月 日 |