附件1：

镇雄县中医院医药代表来院预约登记表

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： | | | | |
| 管理部门或相关领导意见 |  | | | | |
| 接待反馈意见 | ：  请您遵守《医疗卫生行风建设“九不准”》和我院《接待医药生产经营企业及工作人员实施方案》等相关规定， 月 日 时 分准时与相关人员会谈。  药剂科办公室  年 月 日 | | | | |