附件

南江县人民医院

医药代表来访预约登记表

登记时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 来访单位  （签章） |  | | | |
| 来访人员姓名 |  | 性别 | |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  | |
| 邮箱 |  | 来访时间 |  | |
| 来访事项事由 |  | | | |

备注：1.请严格按照表格要求逐项填写，未按要求填写表格的视为无效预约。

2.填写完成后发送至电子邮箱（329692368@qq.com），多人来访的需另填写信息（一人一表），现场预约请到医院行政楼二楼纪委办公室。

3.收到预约登记表后3-5个工作日回复来访接待时间等相关事项。

4.咨询电话：0827-8205677。