附件4：

蓬溪县人民医院医药代表来院预约登记表

预约时间： 年 月 日 时 分 预约人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 来访人信息及事由 | 单位  名称 |  | | | |
| 姓 名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由：  需要联络的科室（部门）： | | | | |
| 纪检监察室意见 | 初审人签字：  年 月 日 | | | | |
| 分管领导意见 | 签 名：  年 月 日 | | | | |
| 接待部门办理情况 | 经办人签字：  年 月 日 | | | | |