附件1

兴仁市人民医院医药代表接待日登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 邮箱 |  | | |
| 公司名称 |  | | 公司地址 |  | |
| 公司电话 |  | | 公司邮箱 |  | |
| 介绍内容或建议要求（简要叙述）： | | | | | |

来访代表签名： 接访人员签名：

年 月 日