赤峰学院附属医院医药代表来院预约登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 代表电话 |  |
| 代表职务 |  | 公司名称 |  |
| 拟接待日期 |  | 公司电话 |  |
| 联系事由 |  | | |
| 接待部门意见 |  | | |
| 职能科室意见 |  | | |
| 分管领导意见 |  | | |