附件3

惠州市第一妇幼保健院药械代表预约登记表

|  |  |
| --- | --- |
| 公司名称 |  |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 来访科室 | □药剂科 □设备部 | 来访时间 |  |
| 来访目的 | □推介新产品或新技术 □在用产品沟通 □业务沟通 □其他事项 |
| 来访事由 |  |
| 接待部门意见 | 同意于 年 月 日 时 分在  （场所）接待。接待人： 科室负责人： 日期： |
| 来访情况 |  年 月 日 时 分来访来访人员： |