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： | | |