附件1：

自贡市第四人民医院行政办公室

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：  需要联络的工作人员： | | | | |
| 产品或项目介绍内容：（简明叙述） | | | | |
| 行政办公室接待意见 | □同意接待  同意 年 月 日 时 分在 （场所）接待。  接待人：  □不同意接待  不接待原因： 。  （科室签章） | | | | |
| 回复  情况 | 年 月 日 时 分，以 （回复方式）  向 （来访人）回复。  回复人： | | | | |
| 来访  情况 |  | | | | |

备注:　请将接待登记表提前五个工作日报送行政办公室指定邮箱进行预约。