附件2

自贡市精神卫生中心

医药代表来访预约登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 身份证号码 |  |
| 代表电话 |  | 公司名称 |  |
| 代表职务 |  | 公司电话 |  |
| 拟来访接待日期 | |  | |
| 来访事由 |  | | |
| 接待部门意见 |  | | |