附件

新罗区妇幼保健院医药代表接待日登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 职务 |  | 电话 | |  |
| E-mail |  | | | |
| 公司名称 |  | | 公司地址 | |  | |
| 公司电话 |  | | 公司E-mail | |  | |
| 介绍内容或建议要求（简明叙述）： | | | | | | |
| 来访代表签名： | | | | | | |
| 接访人员签名： | | | | | | |

年  月 日