附件1

玉林市红十字会医院医药代表预约登记表

年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | | |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： | | | | |
| 行风办  意见 | 签字（或盖章）  年 月 日 | | | |

注：医药代表在玉林市红十字会医院官网（http://www.yl183.com/）或者微信公众号下载《医药代表来院预约登记表》，填写后发到我院行风办（邮箱：[ywk183@126.com），或者直接将纸质版拿到我院行风办（即医务部3号办公室）进行现场预约登记。](mailto:ywk183@126.com），或者直接拿到我院行风办（即医务部1号办公室）进行现场预约登记。)