附件

医药代表来院预约登记表

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： | | | | |
| 职能部门  意见 | 签字：  年 月 日 | | | |
| 分管领导  意见 | 签字：  年 月 日 | | | |

注：此表可在玉林市红十字会医院官网（http://www.yl183.com/）下载。填写相关内容后转发医院办公室（邮箱：ylhhyy@163.com）预约登记。