附件2：

重庆市南川区中医医院

医械代表来院预约登记表

 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 代表姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 手机号 |  |
| 邮箱 |  | 来访时间 |  |
| 涉及产品或项目 |  |
| 来院事由： |
| 产品或项目介绍内容：（简明叙述） |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员 |  | 医械代表签字 |  |
| 接待人员签字 |  |

备注:请将接待登记表提前5个工作日发送至党委办公室电子邮箱进行预约，多人来访的需另填写信息（一人一表），本院将根据内容安排相关人员接待。党委办公室邮箱ncqzyyxc@163.com，联系电话:023-71422110。