附件1：

白银市中医结合医院医药代表接待日预约申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 电   话 | | |  |
| 职   务 |  | E-mail | | |  |
| 代表身份证号码 |  | | | | |
| 公司名称 |  | | 公司地址 |  | |
| 公司法人 |  | | 公司电话 |  | |
| 产品/业务 |  | | | | |
| 拟访问科室 |  | | | | |
| 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：**

注：登记表接收邮箱：[3868948393@qq.com](mailto:3868948393@qq.com)

咨询电话：0943-8506591

咨询时间：工作日8:00-12：00  14:30-17:30