**武汉市金银潭医院医药代表来院预约登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人姓名 |  | 职务 |  | | 联系电话 |  |
| 联系邮箱 |  | | 身份证号码 | |  | |
| 公司名称 |  | | | | 公司电话 |  |
| 公司地址 |  | | | | | |
| 拟访问科室名称 | |  | | | | |
| 访问主要内容：  年 月 日 | | | | | | |
| 接待科室意见：  年 月 日 | | | | 分管领导意见：  年 月 日 | | |

请将此表格发到邮箱：1687435886@qq.com ，并将申请人身份信息、企业法人授权委托书、来院访问展示资料等发到邮箱。

三个工作日，接待科室工作人员会通知预约结果。