**景德镇市中医医院医药代表来院预约登记表**

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药代表  预约登记 | 单位  名称 |  | | | |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： | | | | |
| 医德医风办  意 见 | 签字：  年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |