**铜陵市妇幼保健院（第四人民医院）医药(耗材）代表**

**预约接待登记表**

时间：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 公司名称 |  | 公司地址 |  |
| 电子信箱 |  |
| 来访事宜： |

来访代表签名： 接访人员签名：