附件 1

**红河州第三人民医院接待医疗器械代表来院预约登记表**

**预约时间: 年 月 日 时 分 预约人： 联系方式:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **来访人信息 及事由** | **单位名称** | |  | | | |
| **姓 名** | | **性别** | **身份证号** | **联系电话** | **邮箱** |
|  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |
| **来院事由** ：  **需要联络的科室(部门)**: | | | | | |
| **接待部门意见** | 同意 年 月 日 时 分在 (场所)接待。接待人： | | | | | |
| **回复情况** |  | 年 月 日 时 分，以 (回复方式) | | | | |
| 向 (来访人)回复。回复人 ： | | | | | |
| **来访情况** | 年 月 日 时 分来访。 | | | | | |