

元江县中医医院医药代表接待日登记表

| | | | | | |
|-----------------------|--|----|--|-------|--|
| 代表姓名 | | 职务 | | 电话 | |
| 公司名称 | | | | 电话 | |
| 公司地址 | | | | | |
| 介绍内容或建议要求（简明叙述）：（可附页） | | | | | |
| | | | | | |
| 来访代表签名： | | | | 年 月 日 | |
| 接访人员签名： | | | | 年 月 日 | |