附件：

保山市中医医院医药耗材代表接待登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| E-mail |  | | |
| 公司名称 |  | | 公司地址 |  | |
| 公司电话 |  | | 公司E-mail |  | |
| 介绍内容或建议要求（简明叙述）： | | | | | |

来访代表签名：

接访人员签名：

年 月 日