附件

景谷中医医院医药代表接待日登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| E-mail |  | | |
| 公司名称 |  | | | 公司电话 |  |
| 公司地址 |  | | | | |
| 介绍内容或建议（简明叙述）：  公司盖章：  年 月 日 | | | | | |