|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件1 | | | |
| 苍南县人民医院|县妇幼保健院 医药代表接待日记录表 | | | |
| 代表姓名 |  | 联系电话 |  |
| 公司名称 |  | | |
| 公司地址 |  | | |
| 接待地点 |  | 接待时间 |  |
| 接待内容 （简明叙述） |  | | |
| 来访代表 签名 |  | | |
| 年 月 日 | | |
| 接待人员 签名 |  | | |
| 年 月 日 | | |