附件 1

航天中心医院医药代表来院预约登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 时 间 |  | 单位名称 |  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 手机号 |  | 身份证号 |  |
| 涉及产品或项目 | |  | |
| 来院事由： | | | |
| 产品或项目介绍内容： | | | |