# **医药代表预约接待登记表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药代表姓名 |  | 职务 |  | 电话 |  |
| 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）： | | | | | |