附件1：

宁波市眼科医院医药产品代表接待审批（登记）表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 代表电话 |  |
| 代表职务 |  | 公司名称 |  |
| 拟接待日期 |  | 公司电话 |  |
| 联系事由 |  | | |
| 接待部门意见 |  | | |
| 监察室意见 |  | | |
| 分管领导意见 |  | | |