附件 2:

东台市中医院医药代表预约接待申请表

<table>
<tr><td rowspan="2">代表姓名</td><td rowspan="2"></td><td>电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>企业名称</td><td colspan="2"></td><td>企业地址</td><td></td></tr>
<tr><td>企业电话</td><td colspan="2"></td><td>企业 E-mail</td><td></td></tr>
<tr><td>企业法人</td><td colspan="2"></td><td>联系电话</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">申请事由（简明叙述）：

申请接待时间：

申请人：
申请日期：　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="5">企业意见：

企业盖章：
日期：　年　月　日</td></tr>
</table>

注：1、如未在本院登记备案者，不得申请。

2、请将此表填写后发至监察室邮箱：jssdtszyyjcs@163.com