附件1

宜宾市康复医院（宜宾市第四人民医院）

供应商来院预约登记表

接收人： 预约时间： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 供应商预约登记 | 单位名称 |  |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 身份证号 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： |
| 职能部门意见 | 签字： 年 月 日  |
| 分管领导意见 | 签字： 年 月 日  |