附件2

宜宾市康复医院（宜宾市第四人民医院）

供应商接待日登记表

时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | | |
| 姓名 |  | 职务 |  |
| 身份证号码 |  | 联系电话 |  |
| 来访内容或建议要求 |  | | |
| 来访代表签名：  年 月 日 | | | |
| 接访人员签名：  年 月 日 | | | |
| 监督人员签名：  年 月 日 | | | |