惠州市中心血站供应商代表接待预约登记表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 来访人信息及事由 | 单位名称 |  | | | |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来访事由：  需访科室： 是否需拜访站领导：□是 □否 | | | | |
| 办公室  意见 | 负责人签名： 年 月 日 | | | | |
| 接待科室意见 | 同意 月 日 时 分在 （接待地点） 接待。  科室接待人员：  不同意接待理由：  科室负责人签名： 年 月 日 | | | | |
| 分管领导意见 | 签名： 年 月 日 | | | | |
| 回复  情况 | 已于 月 日 时 分以（回复方式）向（来访人）回复。  回复人签名： | | | | |