安徽省妇女儿童医学中心（合肥市妇幼保健院）院领导接待日来访预约登记表

（ 年第 号）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 来访人姓名 |  | 联系电话 |  |
| 来访人类别 |  | □患者 □患者家属 □职工 |
| 来访时间 |  |
| **来 访 事 项** | 预约访谈事项（如有书面材料可作为附件）： |
| **主 要 诉 求** |  |

**注：**1.请于接待日上一周的周五前将本表及相关书面材料交至院办公室（也可提交扫描电子版到邮箱hffyyb@126.com）；2.为保证接待日规范有序、提高效率和针对性，避免其他预约访谈人员超时等待，请每人次访谈人员控制时间，应在30分钟内结束访谈。