医药代表来院预约登记表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药  代表  预约  登记 | 单位名称 |  | | | |
| 姓 名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： | | | | |
| 管理部门或相关领导意见 | 年 　月 　日 | | | | |
| 接待反馈意见 | ：  请您遵守《医疗卫生行风建设“九不准”》和我院《医药代表接待管理办法（试行）》等相关规定， 　 月 　日 　 时 　分准时到 与相关人员会谈。  　　　　　　　　　 院行风建设办公室  　　　　　　　　 年　 月　 日 | | | | |