附件：

大竹县人民医院医药代表来院预约登记表

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 来访单位名称 |  | | |
| 医药代表姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 手机号 |  |
| 邮 箱 |  | 预计来访时间 |  |
| 涉及产品或项目 |  | | |
| 来院事由 |  | | |
| 产品或项目介绍内容（简明叙述） |  | | |
| 以下由医院相关职能科室评价是否接待后填写 | | | |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员 |  | | |
| 以下由接待时参与接待相关人员签字 | | | |
| 接待人员签字 |  | | |
| 医药代表签字 |  | | |