附件2

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：** | | | | |
| **职能部门**  **意 见** | **签字：**  **年 月 日** | | | | |
| **分管领导**  **意 见** | **签字：**  **年 月 日** | | | | |

附件3

医药代表来院备案登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基**  **本**  **信**  **息**  **及**  **事**  **由** | **医药代表**  **姓名** | |  | | **公司**  **名称** | |  | | **联系电话** |  | |
| **来院事由：** | | | | | | | | | | |
| **来访**  **时间** | 年 月 日  时 分 | | | | **离院时间** | | 年 月 日  时 分 | | | | |
| **接待内容记录：** | | | | | | | | | | | |
| **医药代表**  **签字** | |  | | **接待人**  **签字** | |  | | **备案科室**  **负责人签字** | | |  |