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** |  |