附件：

**医药代表来院预约登记表**

申请时间： 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表预约登记 | 单位名称 |  |
| 姓 名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： |
| 医 德医 风办公室意 见 |  | 相关管理部门意见 |  |
| 医院领导意见 |  |
| 接 待反 馈意 见 |  ：请你严格遵守《**医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和我院《医药代表接待管理办法》等相关规定，于 年 月 日 时 分准时到** **与相关人员会谈。****院医德医风管理办公室**  **年 月 日**  |