附件2

**医药（械）代表来院预约登记表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 来院拜访医药代表信息 | 所属单位 |  | | | |
| 姓名 | 性别 | 身份证 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： | | | | |
| 拜访时间： 年 月 日 时 分 | | | | |
| 拜访活动形式：学术推广□商业推广□ 其他□ | | | | |
| 预约地点： | | | | |
|  | | | | |
| 主管部门  审批意见 | □同意来院拜访 □不同意来院拜访 | | | | |
| 接待科室及人员： | | | | |
| 签字：  年 月 日 | | | | |
| 院领导  审批意见 | 签字：  年 月 日 | | | | |