附件1：

医药代表来院预约登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | | |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 涉及产品或项目 | （简述） | | | |
| 来院事由 |  | | | |
| |  | | --- | | 管理部门或相关领导意见 | | 签 名：  年 月 日 | | | |

注：提前5个工作日报送相关部门进行预约备案，一人一表。