**湘西自治州人民医院**

**医药代表来访接待预约登记表**

**登记编号： 登记日期： 年 月 日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **医药代表预约登记** | **公司名称** |  |
| **姓名** | **性别** | **身份证号码** | **联系电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **来院事由** |  |
| **约见科室** |  |
| **审核签字** | **接待科室审核意见** | **行风办审核意见** |
|   年 月 日 | 年 月 日 |
| **接待反馈** | 请您遵守我院医药代表来访接待管理制度等相关规定，于 月 日 时准时到 与相关人员会谈。行风办盖章： 年 月 日 |

注：此表由医药代表填写，本院审核反馈，一式两份，行风办和接待

科室留存