附件2：

**医药代表来院预约登记表**

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药代表填写 | 单位名称 |  | | | | |
| 代理品牌 |  | | | | |
| 代表姓名 |  | 性别 |  | 职务 |  |
| 身份证号 |  | | 登记证号 |  | |
| 联系电话 |  | | 邮箱 |  | |
| 来院事由：  预约时间：  接待科室： | | | | | |
| 相关部门（科室）填写 | 医药代表身份证件（授权书 身份证 登记证)是否齐全。  接待时间：  接待地点：  接待人员： | | | | | |

备注：本申请表填写完善后交至纪检监察室备案。