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。