附件4

**医药代表接待日登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 公司名称 | |  |
| 身份证号码 |  | 公司地址 | |  |
| 联系电话 |  | E-mail | |  |
| 到访时间 |  | 洽谈时长 | |  |
| 来访目的 | □推介新产品或新技术 □在用产品沟通  □业务沟通 □其他事项 | | | |
| 接待内容：（简明叙述，不够写可附页） | | | | |
| 医药代表签名 | | | 院方参加人员签名 | |
|  | | |  | |

记录人： 时间：

注：本表接待职能科室原件存档。