附件3

**医药代表接待预约登记表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表预约申请 | 企业名称 |  |
| 代表姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 预约时间 |  | 我院登记备案 | □是 □否 |
| 来院事由（请详细填写事由，并勾选项目类型）： |
| 涉及临床医技科室 | （注明可能涉及科室名称和人员） |
| 接待职能部门意见 |   |
| 备注 |  |

注：本表接待职能科室原件存档。