附件1

**厦门市妇幼保健院**

**医药代表来院预约登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药代表  预约登记 | 企业名称 |  | | | | | | |
| 姓名 | 性别 | 职务 | 身份证号 | | 电话 | | 邮箱 |
|  |  |  |  | |  | |  |
|  |  |  |  | |  | |  |
| 预约时间 | 月 日 | | | | | | |
| 拜访部门 |  | | | 药品/器械 | |  | |
| 来访事由： | | | | | | | |
| 药学部/设备物资部 | 签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 医药代表接待管理办公室 | 签字： 年 月 日 | | | | | | | |
| 分管领导  意见 | 签字： 年 月 日 | | | | | | | |