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 |