附件4

上饶市第二人民医院

医药代表接待日接待记录表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医药代表姓名 |  | 联系方式 |  |
| 来访时间 |  | 涉及科室 |  |
| 企业名称 |  |
| 所涉及的产品或项目 |  |
| 来访事项（简述）： |
| 医药代表签名 |  |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员签名 |  |