医药代表来院接待审批表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表预约登记 | 企业名称 |  |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由：            单位盖章：                  年   月   日    |
| 管理部门或相关领导意见 | 领导意见：                                       医德医风办意见：   年    月    日    |
| 接待反馈意见 |            ：请您遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和《上饶市第二人民医院医药代表接待制度》等相关规定，   月   日   时   分准时到        与相关人员会谈。                                          上饶市第二人民医院                                             年   月    日    |