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 | | | | |