附件1：

医药代表来院预约登记表

 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表预约登记 | 单位名称 |  |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由 |  |
| 接待部门及相关领导意见 |  年 月 日 |
| 接待反馈意见 |  ： 请您遵守《国家卫生健康委医疗机构及其工作人员廉洁从业九项准则》和我院《医药代表接待管理规定（试行）》等相关规定， 年 月 日 时准时与相关人员会谈。 纪检监察室 年 月 日 |

电子邮箱：nmgzyyyjjjcs@163.com 联系电话：0471-5323083