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](mailto:nmgzyyyjjjcs@163.com) 联系电话：0471-5323083