附件1

医药代表接待预约审批表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  | |  |  |
|  |  |  | |  |  |
| 产品类别 | □药品类 □设备类 □耗材类 □其他类 | | | | |
| 来访目的 | □推介新产品或新技术 □其他事项 | | | | |
| 介绍内容（简明叙述）： | | | | | |
| 职能科室意见：  签字： 年 月 日 | | | | 分管领导意见：  签字：  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《中江县妇幼保健院医药代表接待管理制度（试行）》等相关规定，携带相关资料，于 月 日 时 分准时到 与相关人员会谈。  中江县妇幼保健院  年 月 日 | | | | | |