

附件 4:

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:				
主管部门 或相关领 导意见					
	年 月 日				
接待反馈 意见	<p>_____:</p> <p>请您遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和我院《医药代表接待日管理制度》等相关规定, __月__日__时__分准时到与相关人员会谈。接待部门: _____</p> <p style="text-align: right;">医德医风办 年 月 日</p>				