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 | 身份证号 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 来院事由： | | | |
| 监审科  意见 | 年 月 日 | | | |
| 分管  领导  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》和本院《市结防院关于进一步规范和加强医药代表管理的暂行办法》等相关规定， 年 月 日 时 分准时到达市结防院 与 科 同志会谈。   院监审科  年 月 日 | | | |