**中山市第二人民医院医药代表来院预约登记表**

（医药代表来访固定接待时间：每周三14：30-17：00，接待地点：617室）

 **年 月 日**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **来院拜访医药代表信息** | **所属单位名称** |  |
| **姓名** | **性别** | **身份证号** | **联系电话** | **邮箱** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **来院事由：** |
| **主管部们审批意见** | **同意来院拜访□ 不同意来院拜访□**  |
| **拜访时间： 年 月 日 时 分** |
| **拜访活动形式：学术推广□ 商业推广□ 其他□**  |
| **拟接待科室及人员：**  |
| **签字：** **年 月 日** |
| **院领导审批意见** |  **签字：** **年 月 日** |