附件5

医药代表接待预约登记表

 年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表登记预约 | 单位名称 |  |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 产品类别 | 医疗设备□ 医用耗材□ 药品□ |
| 来院事由 |  |
| 医学装备部/药学部/信息科主任意见 |  |
| 医 院审批意见 |  |