附件4

医药代表来访预约登记表

                                   年    月   日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 来访单位名称 |  | | |
| 医药代表姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 手机号 |  |
| 邮箱 |  | 预计来访时间 |  |
| 涉及产品或项目 |  | | |
| 来院事由 |  | | |
| 产品或项目介绍内容（简明叙述） |  | | |
| 以下由医疗机构相关归口管理部门评价是否接待后填写 | | | |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员 |  | | |
| 以下由接待时参与接待相关人员签字 | | | |
| 接待人员签字 |  | | |
| 医药代表签字 |  | | |

注：请将接待登记表提前7个工作日发送至邮箱（药学中心：15165130414@126.com，医学工程部：sgwygb2024@163.com，信息中心：sdgwlcxxzx@petalmail.com，整合与转化医学中心：zhzhyxzx@163.com）进行预约，多人来访的需另填写信息（一人一表），本院将根据内容安排相关人员接待。