**医药代表接待日预约表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拜访企业 |  | | | | | | |
| 拜访事项 |  | | | | | | |
| 拜访医药代表姓名及身份证号 |  | | | | 手机号 | |  |
| 被拜访科室 |  | 被拜访人员 |  | 拜访时间 | |  | |
| 介绍内容或建议要求（简明叙述，可附附件） | | | | | | | |
| 被拜访科室  意见 |  | | | | | | |
| 药剂科或器械科意见 |  | | | | | | |
| 支部书记  意见 |  | | | | | | |
| 医德医风办  意见 |  | | | | | | |

备注：医药代表须提前七天填写《医药代表接待日预约表》发送至医德医风办邮箱（jxsrfybj@163.com）进行预约登记，收到医德医风办回复后方可按照回复通知进行拜访。