附表2

苏州高新区人民医院

医药代表来访接待登记表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 岗位/职务 |  | |
| 身份证号码 |  | 手机号码 |  | |
| 预约时间 |  | 涉及科室 |  | |
| 公司名称 |  | | | |
| 涉及产品或工程 |  | | | |
| 介绍内容：（简要表达） | | | | |
| 接待人员签字 |  | | | |
| 医药代表签字 |  | | | |
| 接待时间 |  | 接待地点 | |  |