附表1

苏州高新区人民医院

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 来访公司 |  | | | | |
| 来访人员 | 性别 | 职务 | 身份证号 | | 联系电话 |
|  |  |  |  | |  |
| 来访事由 |  | | | | |
| 拜访科室 |  | | 授权类别或品种 |  | |
| 医药代表签字 |  | | 登记时间 | 年 月 日 | |
| 综合办公室意见 | 签字：  年 月 日 | | 业务科室意见 | 签字：  年 月 日 | |
| 分管领导意见 | 签字：    年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |

医药代表来访备案预约登记表