### 附件1：

### 医药代表来访预约登记表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医药代表预约登记** | 单位名称 |  | | | |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 预约时间 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由： | | | | |
| **被访问部门意见** | 科室负责人签字：  主管院领导签字：  年 月 日 | | | | |

注：1.医药代表须提前与相关职能部门工作人员预约，职能科室应对其身份进行复核。

2.被接待的医药代表与事先预约人员不一致的，应由被接待人说明理由，并经接待部门和纪检部门审批同意。

3.对未提前预约或身份信息复核未通过的医药代表一律不予接待。

4.预约成功后，将预约表交至纪检监察室备案。