附件2：

医药代表预约申请表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位： | | | | | | |
| 拜访日期及时间： | | | | | | |
| 预约访问科室及人员： | | | | | | |
| 姓名 | 身份证号 | | 职务 | 联系电话 | | 邮箱 |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
|  |  | |  |  | |  |
| 涉及产品或项目： | | | | | | |
| 来院事由： | | | | | | |
| 职能部门审核意见： | | 拜访科室审批意见： | | | 职业道德管理科监督意见： | |

**备注**：药学部联系电话：0851-83861548，医学装备科联系电话：0851-83851831，职业道德管理科监督电话：0851-83858903。