山东大学齐鲁医院（青岛）

医药代表院内拜访医务人员预约登记表

年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 代表姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 手机号 |  |
| 邮箱 |  | 来访时间 |  |
| 涉及产品或项目 |  |
| 来院事由： |
| 产品或项目介绍内容：（简明叙述） |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员 |  | 医药代表签字 |  |
| 接待人员签字 |  |

备注:　请将接待登记表提前三个工作日报送相关职能部门进行预约并备案，多人来访的需另填写信息（一人一表）。