附件3：

锦州医科大学附属第三医院

医药代表拜访工作人员预约申请表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药代表预约登记 | 企业名称 |  | | | |
| 来访姓名 | 性别 | 联系电话 | 邮箱 | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
|  |  |  |  | |
| 拜访时间： | | | | |
| 来院事由：  医药代表签字： | | | | |
| 职能部门意见 | 签字： 年 月 日 | | | | |
| 接待时间 |  | | 接待地点 | |  |
| 接待人员 |  | | | | |

备注：请已登记备案的医药代表，通过电子邮箱将此表提前至少五个工作日发送至职能部门进行预约。此表一式两份，医药代表、职能部门留存。