

## 附件 2

### 医药代表来院预约登记表

年 月 日

医药代表填写	单位名称				
	姓名	性别	身份证号	联系电话	邮箱
	来院事由：  预约时间：  接待科室：				
相关部门（科室）填写	接待时间：  接待地点：  接待人员：				

备注：本申请表填写盖章后交至院监察室备案。