附件：河北医科大学口腔医院医药代表预约接待登记表

编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人 |  | 性别 |  | 申请日期 |  |
| 申请人所在医药企业名称、法定代表人、联系方式 |  | 申请人照片 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 是否备案 |  | 授权范围 |  |
| 来院事由或开展业务活动内容 | （可附页）  |
| 主管部门预审意见 | 医药代表审核情况 |  |
| 接待人员 |  |
| 接待时间和地点 |  |
| 审核人 |  | 审核日期 |  |
| 主管部门负责人审核 | 审核人 日期  |
| 主管院长审批 | 签字 日期  |
| 备注 |  |