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 |  | | | | | | |