**附件1**

**医疗器械、药商等代表来院预约登记表**

 填写日期：     年   月   日

|  |  |
| --- | --- |
| 来访单位（盖章） |  |
| 代表姓名 |  | 性别 |  |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  | 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 |  |
| 接待科室负责人签字 |  |
| 分管院领导签字 |  |

**备注：**1.请来访单位如实填写表单，多人来访的需另填写信息

（一人一表）。

2.表单填写好后需通过电子邮箱提交《医疗器械、药商等代表来院预约登记表》及相关资料。

3.填写要求：接待时间、接待地点等以下内容为院方相关职能科室（部门）填写，来访单位不需要进行填写。