

# 医药代表拜访工作人员预约登记及接待记录表

年 月 日

医药代表预约 登记	公司名称	
	姓 名	
	身份证号	
	联系电话	
	邮 箱	
	产品类别	<input type="checkbox"/> 药品类 <input type="checkbox"/> 设备类 <input type="checkbox"/> 耗材类 <input type="checkbox"/> 物资类 <input type="checkbox"/> 信息类 <input type="checkbox"/> 其他类
	来访目的	<input type="checkbox"/> 推介新产品或新技术 <input type="checkbox"/> 在用产品沟通 <input type="checkbox"/> 业务沟通 <input type="checkbox"/> 其他事项
	介绍内容或建议要求：（简明叙述）：	
职能科室意见	签字： _____ 年 月 日	
分管院长意见	签字： _____ 年 月 日	
接待情况记录		