附件2：

**贵航贵阳医院医药代表来院预约登记表**

年 月 日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医药代表来院预约登记 | 单位名称 |  |
| 姓名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由 |  |
| 主管部门分管院领导意见 |  年 月 日 |
| 接待反馈意见 |  :请您遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》及我院**《贵航贵阳医院医药代表等外来业务人员接待管理制度》**等相关规定, 月 日 时 分准时到  与相关人员会谈。  纪 委 年 月 日 |