附件 3

贵州中医药大学第二附属医院
医药代表拜访工作人员预约申请表

<table>
<tr><td rowspan="8">医药代表
预约登记</td><td>企业名称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>来访姓名</td><td>性别</td><td>联系电话</td><td>邮箱</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">申请时间：　　拜访时间：</td></tr>
<tr><td colspan="4">来院事由（含拜访科室、医务人员姓名、事由等）：

医药代表签字：</td></tr>
<tr><td>职能部门
意见</td><td colspan="4">签字：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>接待时间</td><td></td><td>接待地点</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>接待人员</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

备注：请已登记备案的医药代表，通过电子邮箱：gzydefyyxb@163.com 将此表提前至少五个工作日发送至职能部门进行预约。此表一式两份，医药代表、职能部门留存。