附件 1

高县人民医院医药代表接待预约审批表

<table>
<tr><td rowspan="5">医药代表预约申请</td><td>企业名称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>代表姓名</td><td>性别</td><td>身份证号码</td><td>联系电话</td><td>邮箱</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">来院事由（请详细填写事由，并勾选项目类型）：

☐药品 ☐器械 ☐试剂耗材 ☐设备</td></tr>
<tr><td>涉及临床医技科室意见</td><td colspan="5">（注明科室名称、参加人员名字）</td></tr>
<tr><td>接待职能部门审核情况及意见</td><td colspan="5">（填写内容及提供资料）

年 月 日</td></tr>
<tr><td>分管领导意见</td><td colspan="5">年 月 日</td></tr>
<tr><td>备注</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

注：本表一式两份，接待职能部门和院纪委各存一份。