附件5：

蓬溪县人民医院

医药代表接待登记记录表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | | 公司名称 |  |
| 身份证号码 |  | | 公司地址 |  |
| 联系电话 |  | | E-mail |  |
| 到访时间 |  | | 洽谈时长 |  |
| 产品类别 | □药品 □医用耗材 □医疗设备  □其他 | | | |
| 来访目的 | □推介新产品或新技术 □在用产品沟通 □业务沟通  □其他事项 | | | |
| 介绍内容：（简明叙述） | | | | |
| 医药代表签字 | | 院方参加人员签字 | | |
|  | |  | | |

记录人： 时间：