嘉兴市第一医院药械代表接待登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 岗位/职务 |  |
| 身份证号 |  | 手机号码 |  |
| 预约时间 |  | 涉及科室 |  |
| 公司名称 |  |
| 涉及产品或项目 |  |
| 介绍内容：（简明叙述） |
| 接待人员签字 |  |
| 药械代表签字 |  |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |

**备注：**请将接待登记表提前一天（提前24小时）发送至药学部或医学装备部电子邮箱进行预约，多人来访的需在相应栏内依次填写信息，本院将根据实际情况安排相关人员接待。药学部邮箱地址：jxsdyyyyxb@163.com，联系电话：0573-82519738。医学装备部邮箱地址：jxsdyyysbk@163.com，联系电话：0573-82519939。首次预约须提交本人电子照片一张。

嘉兴市第一医院药械代表登记备案和诚信档案

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 岗位职务 | 身份证号 | 是否提供照片 | 手机 | 企业全称 | 人事部门电话 | 授权类别、品种或推广项目 | 备案登记时间 | 诚信记录 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**备注：**与本院有业务往来的药械企业及药械代表均应主动备案登记企业代表信息。请将上述信息以电子表形式发送至本院药学部或医学装备部电子邮箱进行备案登记，同时提交相关代表电子照片一张。药学部邮箱地址：jxsdyyyyxb@163.com；医学装备部邮箱地址：jxsdyyysbk@163.com。