

附件 2

蚌埠市中医医院医药代表来院预约登记表

年 月 日

医药 代表 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：				
接待管理部 或 相关领导 意见	年 月 日				
接待反馈意见	<p>_____：</p> <p>请您遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和《蚌埠市中医医院医药代表接待管理制度（试行）》等相关规定，__月__日__时__分准时到__与相关人员会谈。</p> <p style="text-align: right;">市中医院行风办 年 月 日</p>				