

附 件

驻马店市第二人民医院
医药代表来院洽谈业务备案表

医药代表基本信息（姓名、性别、身份证号、联系电话）	
负责产品名称	
所属企业名称	
企业统一社会信用代码	
药品 / 医疗器械类别（请勾选）	药品 ☐ / 医疗器械 ☐ / 医用耗材 ☐
国家药监局备案编号（有则填）	
备案有效期至（有则填）	
预约日期	
来访日期及起止时间	
来访事由（洽谈业务内容简述）	
拟拜访部门及人员姓名	
纪检监察室审核意见 （监察室工作人员审核签字并当面或电话通知拟拜访部门人员接待）	同意 ☐ / 不同意 ☐ 指定接待部门：
	审核人签字：日期：
备注：可填写特殊情况说明、信息变更记录或其他需备注事项	