

附件 1：

医药生产经营企业及其代理人来院预约登记表

填表时间： 年 月 日

医药 代理人 预约 登记	单位名称			
	申请开展业务活动时间			
	代理人姓名	性别	身份证号	联系方式
	来院事由：			
管理部门 或分管领导 意见				
接待 反馈 意见	_____： 请您遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和《新平县总医院接待医药生产经营企业及工作人员的管理规定》等相关规定，于_____年____月____日____时____分准时到_____与相关人员会谈。 新平县总医院办公室 年 月 日			