附件4

宁国市中医院“医药代表”拜访医务人员

接待记录表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员1签名 |  | 职务 |  |
| 接待人员2签名 |  | 职务 |  |
| 接待人员3签名 |  | 职务 |  |
| “医药代表”签名 |  | 职务 |  |
| 单位名称 |  |
| 接待事由 |  |
| 接待记录 | （可另附页） |
| 备注 |  |