附件 3

# 南昌大学第一附属医院医药代表来访接待登记表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医药代表姓名 |  | 联系方式 |  |
| 计划来访时间 |  | 涉及科室 |  |
| 所属企业名称 |  |
| 所涉及的产品或项目 |  |
| 来访事项（简述）： |
| 医药代表签名 |  |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |

**备注：此表需加盖企业公章后方生效**