附件2

**南昌大学第一附属医院医药代表备案登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代 表姓名 | 所 属 企 业名称 | 岗位/职务 | 身份证号码 | 联系方式 | 所属企业联系电话 | 代理药品、器械或学术推广项目名称 | 备案登记时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所属企业签章（公章）： |

**备注：此表需加盖企业公章后方生效**