附表2

**医药、器材代表业务活动申请登记表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 代表姓名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 所属单位名称 |  | | | | |
| 业务活动科室 |  | | | | |
| 业务活动时间 |  | | 业务活动地点 |  | |
| 业务活动内容 |  | | 业务活动形式 |  | |
| 参加活动人员 |  | | 临床科室负责人签名 |  | |
| 实际开展业务活动内容记录 |  | | | | |

备注：业务活动结束后，请将此表交回门诊办公室。