附件4：

**高碑店市医院医药代表来访活动记录表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医药代表姓名 |  | 联系方式 |  |
| 来访时间 |  | | |
| 企业名称 |  | | |
| 所涉及的产品或项目 |  | | |
| 来访事项及谈话内容（简述）： | | | |
| 医药代表签字 |  | | |
| 接待时间 |  | 接待地点 |  |
| 接待人员签字 |  | | |

备注：此记录单由职能部门留存。