附件1

医药代表登记备案信息表

备案号：No.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | **性 别** | |  | 照片 | |
| 身份证号 | |  | | | |
| 学 历 | |  | | | |
| 专 业 | |  | | | |
| 是否具有二年以上医药领域工作经验 | |  | | | |
| 所代表的药品上市许可持有人名称 | |  | | | | | |
| 社会信用代码 | |  | | | | | |
| 法定代表人 | |  | | | | | |
| 合同（授权）起始日期 | |  | | 合同（授权）终止日期 | | |  |
| 授权类别或品种 | |  | | | | | |
| 培训 | 科目 |  | | | | | |
| 时间 | 年 月 日 至 年 月 日 | | | | | |
| 事项变更、注销 | |  | | | | | |
| 药品上市许可持有人对信息真实性的声明 | |  | | | | | |
| 登记备案平台提示 | |  | | | | | |

附件2

医药代表来院接待审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 医药  代表  预约  登记 | 企业名称 |  | | | |
| 姓 名 | 性别 | 身份证号 | 联系电话 | 邮箱 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 来院事由：  单位签章： 年 月 日 | | | | |
| 管理部门或相关领导意见 | 领导意见：    管理部门意见：  年 月 日 | | | | |
| 接待反馈意见 | ：  请您遵守《医疗机构工作人员廉洁从业九项准则》和《信丰县人民医院医药代表接待管理办法（试行）》等相关规定， 月 日 时 分准时到 与相关人员会谈。  信丰县人民医院  年 月 日 | | | | |

附件3

医药代表预约登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 企业名称 | 岗位/职务 | 身份证号码 | 个人电话 | 企业电话 | 来院事由 | 登记时间 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

附件4

医药代表接待日接待记录表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医药代表姓名 |  | 联系方式 |  |
| 计划来访时间 |  | 涉及科室 |  |
| 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 |  |
| 接待人员签名 |  | | |

附件5

信丰县人民医院医药代表来访接待流程

**医药代表来院**

**接待完毕离院**

**医药代表持身份证、工作证及相关证件，于指定时间至指定地点接受接待**

**回复医药代表并明确时间、地点、接待科室及人员**

**医德医风办审核是否接待**

**相关科室接待医药代表，并做好接待记录**

**医药代表下载《信丰县人民医院医药代表来院预约登记表》，并按要求填写**

**否**

**是**