|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **工作人员姓名** |  | **所属公司** | |  | |
| **进院时间** | **年 月 日 上午（下午）** | | | | |
| **工作事由** |  | | | | |
| **备案职能科室**  **负责人签字** |  | | **接待科室**  **负责人签字** | |  |

**药商（器械商）工作人员来院正常工作登记备案表**

**备注： 1.来院前需向相关职能科室电话备案，同意后方可来院；**

**2.来院后先到职能科室签字备案，工作完成后，此表交到备案职能科室留存；**

**3.如工作事由是沟通学术推广、学术交流等活动，请在所属公司处盖章，其余事由不需盖章。**