附件3

福州市第二总医院神经精神病防治院

医药代表登记建档台账

科室： （盖章） 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 企业名称 | 医药代表姓名 | 电话号码 | 身份证号 | 授权品种（名称、规格） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

一式两份（采购管理部门，纪检监察室各存一份）