附件4：

药械代表登记备案表

|  |  |
| --- | --- |
| **药械企业名称****（盖章）** |  |
| **药械产品****基本信息** |  |
| **申请来院事由** |  |
| **药械代表基本信息** |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | 电子照片 |
| **年 龄** |  | **联系电话** |  |
| **从业资质** |  | **从业年限** |  |
| **身份证号：** |
| **诚信档案** |
| **日期** | **事件** | **评价** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |