附件4

重庆市巴南区中医院

医药代表来院审批表（办公平台）

年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单 位 名 称 |  |
| 代 表 姓 名 | （可填多名） |
| 预约来访时间 |  |
| 接待科室意见： | |
| 审核科室意见： | |
| 院纪委领导意见： | |

备注:1.提交审批请附上附件2、附件3（来访人信息及事由）

2.请在接访前3个工作日提交纪检监察室进行审核。