附件5

吉林省医疗器械停止生产报告表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 报告日期 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 停产类型 | □企业停产 □生产品种停产 | | |
| 停产品种 |  | | |
| 停产日期 | 年 月 日 至 年 月 日 | | |
| 停产原因 |  | | |
| 生产企业拟对已发生或将发生的报告事项采取的举措与措施简述 |  | | |
| 附件 |  | | |
| 备注 |  | | |