附件6

吉林省医疗器械生产企业复产报告表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | 报告日期 |  |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 复产品种 |  | | |
| 停产日期 |  | 复产日期 |  |
| 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 |  | | |