附件1

医疗器械优先注册申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 产品名称 |  |
| 型号、规格 |  |
| 申请人 |  |
| 受理号 | （受理后由受理部门填写） |
| 联系人 |  | 联系方式（电话及电子邮箱） |  |
| 优先注册理由 | 注：说明该项目优先注册的理由，相关依据可作为附件一并提交。 |
| 备注 |  |
| 申请人签章 | 法定代表人（签字）： XXXX公司（盖章）： 年 月 日 |