附件1

**医疗器械注册受理前技术问题咨询登记表**

|  |
| --- |
| 咨询单位（医疗器械注册人）：姓名：联系电话：电子邮箱： |
| 咨询问题： |
| 回复内容： |

咨询审评员：　　　　　咨询部门：　　　　　咨询日期：