北京市医疗器械优先审批申报要求的附件1

北京市医疗器械优先审批申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 产品名称 |  | | |
| 申请人 |  | | |
| 联系人 |  | 联系方式 |  |
| 优先审批理由 | 注：说明该项目优先审批的理由，相关依据可作为附件一并提交。 | | |
| 备注 |  | | |
| 申请人签章 | 年 月 日 | | |