附件3

湖北省第二类创新医疗器械特别审查异议表

|  |  |
| --- | --- |
| 提出人 | 可为单位或个人 |
| 工作单位或  个人身份证号 |  |
| 联系方式  （手机） |  |
| 第二类创新医疗器械特别审查异议相关信息 | |
| 产品名称 |  |
| 申请人 |  |
| 异议理由 | 说明创新医疗器械审查项目异议的理由，相关依据可作为附件一并提交。 |
| 单位签章  或个人签字 | 年 月 日  提出人为单位的，由单位签章；提出人为个人的，由个人签字。 |