附件1

湖北省第二类医疗器械优先审批申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 产品名称 |  |
| 申请人 |  |
| 住所 |  |
| 生产地址 |  |
| 规格/型号 |  |
| 结构及组成 |  |
| 主要工作原理或作用机理 |  |
| 适用范围或预期用途 |  |
| 优先审批理由 | 简述申请优先审批的理由，明确产品适用于《湖北省第二类医疗器械优先审批程序》第四条中规定的何种情形。 |
| 联系人： 联系电话（手机）： 电子邮箱：  |
|  （申请人盖章） 法定代表人（签字）：  日期： |