附件3

湖北省第二类医疗器械优先审批项目异议表

|  |  |
| --- | --- |
| 异议提出人 | （可为单位或个人） |
| 工作单位 |  |
| 联系方式 |  |
| 医疗器械优先审批异议相关信息 |
| 产品名称 |  |
| 申请人 |  |
| 异议理由 | 说明优先审批异议的理由，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。 |