附件：

医疗器械注册“小课堂”报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 |  | | |
| 注册地址 |  | | |
| 企业负责人 |  | 联系电话 |  |
| 拟注册产品名称 |  | | |
| 性能结构及组成 |  | | |
| 预期用途 |  | | |
| 需要学习的内容及解答的问题 |  | | |
| 参加人员名单 |  | 职 务 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |