附件1

上海市第二类医疗器械优先审批申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 产品名称 |  |
| 申请人名称 |  |
| 申请人住所 |  |
| 规格/型号 |  |
| 优先审批理由 |  |
| 联系人: |  | 联系电话： |  | 传真： |  |
| 联系地址： |  |
| e-mail： |  | 手机： |  |
| 备注 |  |
| 申请单位（盖章）：法定代表人（签字）：申请日期： |