

附件：

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                    |                                                            |
| 联系方式                    |                                                            |
| 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                     |                                                            |
| 创新特别<br>审查异议<br>的<br>理由 |                                                            |
| 单位签章<br>或个人<br>签字       | <div>年 月 日</div> <div>注：提出人为单位的，由单位签章；提出人为个人的，由个人签字。</div> |