

附件 2

医疗器械优先审批项目异议表

提出人	XXX/XX 有限公司 (可为单位或个人)
工作单位	XXX 有限公司
联系方式	14455556666
医疗器械优先审批异议相关信息	
产品名称	XXXX
申请人	XXX
受理号	XXX
优先审批 异议的 理由	XXXX 注：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	XXX/XX 有限公司 XX 年 XX 月 XX 日 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。