附件4

创新医疗器械沟通交流申请回复单

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人名称 |  | | | | | | |
| 境外申请人在中国境内的代理人或办事机构名称 |  | | | | | | |
| 产品名称 |  | | | | | | |
| 创新医疗器械特别审批通知单编号 |  | | | | | | |
| 沟通交流  申请日期 |  | 是否  同意 | | | | □同意交流  □不同意交流 | |
| 同意交流的议题或不同意交流的原因 |  | | | | | | |
| 会议时间 |  | | 会议地点 | |  | | |
| 会议资料要求 | （可附页） | | | | | | |
| 拟参加部门  （可附页） | 单位及部门 | | | 职责范围 | 人数 | | 备注 |
|  | | |  |  | |  |
|  | | |  |  | |  |
|  | | |  |  | |  |
|  | | |  |  | |  |
|  | | |  |  | |  |
| 联系  方式 | 会议联系人： 联系电话：  传 真： e-mail: | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |