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 |  |