附件1

医疗器械标准验证单位申请表

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称（中文） |  |
| 验证单位名称 |  |
| 地址 |  | 邮编 |  |
| 联系人 | 姓名 |  | 性别 |  | 职务 |  |
| 电话 |  | 邮件 |  | 手机 |  |
| 单位简介 |  |
| 业务领域 |  |
| 验证能力说明 |  |
| 标准化（分）技术委员会或归口单位意见 | （签字、盖章）年月日 |
| 备注 |  |