附件

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 | *（包括但不限于：科研能力、技术人员、仪器设备、企业产品注册证数量/相关产品审评工作经验/临床应用经验、标准起草经验等内容。）* | | | | | |
| 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 |  | | | | | |