附件

医疗器械注册审查指导原则意见反馈表

指导原则名称：

单位名称： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 涉及条款/行号 | 原文内容 | 修改建议和意见 | 依据 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：如涉及多项指导原则，每项指导原则单独形成本表，并反馈至相应的联系人。