

附件 2

**湖南省医疗器械产品注册项目立卷指导服务  
试点单位申请表**

申请单位			
联系人		联系方式	
所在地市		所在园区 (如有)	
申请单位 挂牌情况 简介			
辖区(园区) 医疗器械产业 情况简介			

立卷检查 人员配备 情 况	姓名	专业	审评工作或 学习经历	人员性质
申请单位 申请意见	( 签章 ) 年 月 日			
申请单位 管理部门 意 见	( 签章 ) 年 月 日			