附件一

医疗器械技术审评中心受理前技术问题咨询登记表

|  |
| --- |
| 咨询单位（医疗器械注册申请人）：  姓 名：  联系电话：  电子邮箱： |
| 咨询问题： |
| 回复内容： |

咨询审评员： 咨询部门： 咨询日期：