附件

信息征集表

|  |  |
| --- | --- |
| 指导原则 | □《短波治疗仪注册技术审查指导原则》  □《中心供氧系统注册技术审查指导原则》 |
| 单位名称 |  |
| 单位地址 |  |
| 单位类型 | □境内企业 □境外企业 □高校  □研究院所 □检验机构 □临床机构 |
| 联系人 |  |
| 联系电话  （固定电话及移动电话） |  |
| 传真 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 现有产品概况 |  |
| 产品关注点  （可罗列具体问题） |  |

填表说明：

1. 请以**word文档**格式通过电子邮件方式报送至1544385540@qq.com；
2. 指导原则请**勾选**短波治疗仪或中心供氧系统；
3. 邮件标题和文件名称请以“指导原则名称+单位名称”命名。