医用耗材评审小组备案审核记录表

单位：（盖章） 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 审核时间 | | Xxx | 地 点 |  |
| 主 持 人 | |  | 记 录 人 |  |
| 审 核 人 员 | | | | |
| 姓 名 | | 单位、科室、职务 | 姓 名 | 单位、科室、职务 |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| 评审简要内容 | 同意该产品备案  （可添加附件） | | | |
| 评审意见 | 同意  评审主任签名： 日期： | | | |