附件2

**《医疗器械分类目录》调整征求意见表**

**提出单位： 提出日期：**

**联系人/提出人： 联系电话：**

**共 页 ; 第 页**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **章条编号** | **意见内容** | **相关理由说明** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**签字：**