附件

药品大湾区分中心受理咨询预约申请表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **单位名称** | | | | |  |
| **注册地址** | | | | |  |
| **咨询人姓名** | | | **联系电话** | | **邮箱** |
|  | | |  | |  |
| **问题序号** | **品种名称/代号[1]** | **品种类型[2]** | **注册分类** | **受理号/批准文号（如适用）** | **问题描述** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |

注：

【1】品种名称、品种类型、注册分类、受理号/批准文号，如不涉及，用“/”标注；如与上一行相同，写“同上”，请勿合并单元格；

【2】品种类型，请选填：**中药、化药、预防用生物制品、治疗用生物制品、按生物制品管理的体外诊断试剂**；

【3】预约方式：文件以Word格式发送至slzx@gbacdei.org.cn；

【4】咨询当天，请携带本人有效身份证件和加盖单位公章的申请表进行现场咨询。