附件

医疗器械团体标准规范优质发展活动报名表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 单位名称 |  | 统一社会信用代码 | 　 |
| 详细地址 | 　 |
| 联系人 | 　 | 电话 | 　 | 电子邮箱 | 　 |
| 单位性质 | □社会团体□科研院所□高等院校□事业单位□企业 |
| 单位简介 | 　 |
| 标准化工作基础及团体标准工作情况/意向 | 　 |
| 申请单位意见 |  单位（盖章）： 年 月 日 |