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 | | | | | |