附件

特殊医学用途配方食品注册优先审评审批异议表

|  |  |
| --- | --- |
| 提出人 | （可为单位或个人） |
| 工作单位 |  |
| 联系方式 |  |
| 特殊医学用途配方食品注册优先审评审批异议相关信息 | |
| 产品名称 |  |
| 申请人 |  |
| 受理号 |  |
| 优先审评审批异议的理由 | 注：说明优先审批异议的理由，相关依据可作为附件一并提交。 |
| 单位签章或个人  签字 | 年 月 日  注：提出人为单位的，由单位签章；提出人为个人的，由个人签字。 |