附件：

第二类创新医疗器械特别审查异议表

|  |  |
| --- | --- |
| 提出人 | （可为单位或个人） |
| 工作单位 |  |
| 联系方式 |  |
| 第二类创新医疗器械特别审查异议相关信息 | |
| 产品名称 | 手功能辅助系统 |
| 申请人 | 上海海每康智能医疗科技有限公司 |
| 创新特别审查异议的  理由 |  |
| 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。 |