附件2-附表1：

药品医疗器械注册退费申请表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 企业名称 | |  | 组织机构代码/统一社会信用代码 |  |
| 联系人 | |  | 联系电话 |  |
| 注册申请受理号及缴费额  (如涉及多项，请逐一列明) | |  | | |
| 合计缴费额 | |  | | |
| 退费理由 |  | | | |
| 企业声明 | 兹郑重声明本企业所提交的资料和反映的情况是真实的，如有虚假承担法律责任。                                     （公章）  法人代表（签名）：              年   月   日 | | | |
| 初审意见：            初审人员                   年   月   日 | | | | |
| 核准意见：            审核人员：                 年   月   日 | | | | |
| 财务复核：            审核人员：                 年   月   日 | | | | |