附件：

**海南省药品和医疗器械审评服务中心**

**药品上市后备案类变更优先审查申请表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **产品名称** |  | | |
| **申报事项** |  | | |
| **备案号/受理号** |  | | |
| **申请人名称** |  | | |
| **联系人** |  | **手机号码** |  |
| **优先审查情形** | 符合优先审查情形XXX | | |
| 申请优先  审查的原因  及佐证材料 |  | | |
| **附件** | （如有，请提交附件） | | |
| 我司承诺，提交的优先审查的申报资料真实，如查有不实之处，我司承诺由此导致的一切法律后果。  申请人：（盖章）  年月日 | | | |