

附件 1

药品医疗器械交叉检查记录表

被检查单位		联系人	
地 址		联系方式	
检查时间			
现场发现问题：（对现场发现问题要详细描述）			
需要说明的问题			
检查处理意见			
被检查单位 意见及签字	年 月 日		
检查人员 签 字	年 月 日		
联络员或辖区 监管人员签字	年 月 日		