

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<br>意见及签字        | 年 月 日 |      |  |
| 检查人员<br>签 字           | 年 月 日 |      |  |
| 联络员或辖区<br>监管人员签字      | 年 月 日 |      |  |