

附件 2

化妆品取消备案陈述、申辩书

备案人名称		
备案人信息	联系人	
	联系电话	
	电子邮箱	
陈述、申辩理由		
申辩事项	<input type="checkbox"/> 申请 2025 年__月__日前由备案人主动注销；逾期不注销，由监管部门取消备案； <input type="checkbox"/> 其他_____	
、		
备案人（公章）：		
法定代表人（签字）：		
年 月 日		

化妆品取消备案陈述、申辩涉及产品清单

序号	产品名称	备案编号	备案人

备注：相关备案人对被取消备案产品有异议，可向所在地市级药品监管部门提出陈述、申辩。请先电话联系（附件3）。