

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  | <div><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；</div> <div><input type="checkbox"/> 其他_____</div> |  |
| <div>、</div> <div>备案人（公章）：</div> <div>法定代表人（签字）：</div> <div>年      月      日</div> |   |  |

| 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）。