附件4：

保健食品化妆品生产企业复产报告表

 **时间： 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| 企业名称（盖章） |  |
| 生产地址 |  |
| 法定代表人 |  | 办公电话 |  | 手机 |  |
| 联系人 |  | 办公电话 |  | 手机 |  |
| 复产类型 | 整体复产□ 剂型复产□ 品种复产□ |
| 具体复产类别及所属具体产品信息 | 剂型名称 |  |
| 产品名称 | 批准文号 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 停产原因 |  |
| 拟复产时间 |  本企业已对照相关规范完成复产前自查验证工作，确认具备生产条件，将于 年 月 日恢复生产。 |
| 市食品药品监管局签收栏 |  根据停产复产报告制度要求，我局于 年 月 日收到你单位提交的复产报告，现予签收。请你单位切实履行产品安全主体责任，按相关规范组织生产。签收人（章）： |
| 备注 | 1.本报告一式两份，市局、企业各留存一份；2.属整体复产的“具体复产剂型及所属具体产品信息”不填；3.剂型按剂型名称填写。 |