中医临床专家共识公示反馈意见表

填写日期：\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_日

|  |  |
| --- | --- |
| 项目名称 |  |
| 意见回复人 | 姓名 |  | 电话 |  | 电子邮件 |  |
| 工作单位 |  | 通信地址 |  |
| 具体意见和建议 |
| 序号 | 章条编号 | 意见或建议 | 理由 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |