附件2

民族医医疗技术操作规范征求意见反馈表

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 标准编号 | | |  | 病种名称 |  | | | |
| 意见  回 复 人 | | 姓名 |  | 电话 |  | | 电子邮箱 |  |
| 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 | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | |  | | |
| 注：如果需要陈述的技术内容较多，可另附页，此表可复制。表格填写完成后，请传至中国民族医药学会事业发展部邮箱：syfzb2012@163.com  联系人：侯玉杰 联系电话：010-64073102,反馈意见截止到2018年6月30日。 | | | | | | | | |