附件2

《蒙医病名注释（第一批）》征求意见反馈表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 意见回复人 | | 姓名 |  | 电话 | |  |
| 工作单位 |  | | | |
| 是否同意该方案： | | | | | | |
| 提出具体修改建议 | | | | | | |
| 序号 | 章条编号 | | 修改建议 | | 理由 | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
|  |  | |  | |  | |
| 专家签字：\_\_\_\_\_\_\_\_\_  年 月 日 | | | | | | |

注：如无意见，请在“是否同意该方案”栏中填写同意即可。如有修改意见，请在“提出修改建议”栏中逐一填写，于12月31日前填好并反馈至微信或邮箱：syfzb2012@163.com。