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。