地方标准《武汉市全民健康信息平台医疗机构数据采集规范（征求意见稿）》

意见反馈表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **职务/职称** |  | **联系电话** |  |
| **单位名称** |  | **单位地址** |  | **邮政编码** |  |
| **序号** | **章条号** | **修改意见** | | **修改理由** | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |

请加盖单位公章 注：纸幅不够，请附页。