《医用增材制造 光固化成形工艺控制和确认要求》（征求意见稿）

**意见反馈表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填 表 人 |  | 职务/职称 |  | | 邮 箱 |  | 手 机 |  |
| 单位名称 |  | | | | | | 填表日期 |  |
| 序 号 | 标准章条编号 | 原标准内容 | | 建议修改为 | | | 修改理由或依据 | |
| 1 |  |  | |  | | |  | |
| 2 |  |  | |  | | |  | |
| 3 |  |  | |  | | |  | |
| …… | 其他意见、建议 |  | | | | | | |
| 填表人 | | （签字或单位公章） | | | | | | |

（页面不够请另附页）