**标准征求意见反馈表**

标准项目名称：《医疗整形美容麻醉安全规范》团体标准

提出意见单位：

联系人：

电话： 年 月 日 填写

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 章条号 | 提出意见 | 理由 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |