《装配式洁净手术室技术规程》（征求意见稿）

征求意见表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 姓 名 |  | 职称/职务 |  | 联系方式 | 电话： 邮箱： |
| **序号** | **条款内容** | **具体修改意见及建议** | **修改说明** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注: 1.本表格可根据需要自行增加；

 2.请将修改意见于2020年2月17日前反馈本规程编制组；

 3.编制组联系方式：

联系人： 陈万略

电 话：13713996135

E-mail：wanlve@126.com