附件3

宁夏回族自治区卫生健康委员会

《医疗卫生机构风险防控规范》征求意见表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 填表单位 |  | | | | |
| 填表人 |  | 职务或职称 |  | 联系方式 |  |
| 意见分类（请在意见类别上划“√”） | | 赞成 |  | 不赞成 |  |
| 意见、建议和理由：  填表单位：（签章）  年 月 日 | | | | | |