附件3

广东省地方标准征求意见表

单位： 填写日期：2024年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 计划编号 |  | 项目名称 | 《互联网+医疗健康基层服务端功能规范》 |
| 意见回复人 | 姓名 |  | 电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  | 通讯地址 |  |
|  |
| 序号 | 章条编号 | 意见或建议 | 理由 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：意见或建议本页不够填写时，可以增加页面。