附件7

**广东省地方标准征求意见表**

单位（盖章）： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 填写日期： 2025 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 计划编号 |  | | 项目名称 | **《**定制式(3D打印)放射治疗定位装置临床应用规范**》** | |
| 意见回复人 | 姓 名 |  | 电话： | | 电子邮箱 |  |
| 单位/  工作单位 |  | | 通信地址 |  | |
|  | | | | | | |
| 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。

**广东省地方标准征求意见表**

单位（盖章）： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 填写日期： 2025 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 计划编号 |  | | 项目名称 | 《医疗建筑通风与空调系统维护保养工作规范》 | |
| 意见回复人 | 姓 名 |  | 电话： | | 电子邮箱 |  |
| 单位/  工作单位 |  | | 通信地址 |  | |
|  | | | | | | |
| 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。

**广东省地方标准征求意见表**

单位（盖章）： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 填写日期： 2025 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 计划编号 |  | | 项目名称 | 《失能人士的人机协作护理操作的规范》 | |
| 意见回复人 | 姓 名 |  | 电话： | | 电子邮箱 |  |
| 单位/  工作单位 |  | | 通信地址 |  | |
|  | | | | | | |
| 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。

**广东省地方标准征求意见表**

单位（盖章）： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 填写日期： 2025 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 计划编号 |  | | 项目名称 | 《老年认知障碍患者吞咽管理技术》 | |
| 意见回复人 | 姓 名 |  | 电话： | | 电子邮箱 |  |
| 单位/  工作单位 |  | | 通信地址 |  | |
|  | | | | | | |
| 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。

**广东省地方标准征求意见表**

单位（盖章）： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 填写日期： 2025 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 计划编号 |  | | 项目名称 | 《市、县级公共卫生临床中心基本建设标准》 | |
| 意见回复人 | 姓 名 |  | 电话： | | 电子邮箱 |  |
| 单位/  工作单位 |  | | 通信地址 |  | |
|  | | | | | | |
| 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。

**广东省地方标准征求意见表**

单位（盖章）： 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 填写日期： 2025 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 计划编号 |  | | 项目名称 | 《青少年脊柱侧弯筛查规范》 | |
| 意见回复人 | 姓 名 |  | 电话： | | 电子邮箱 |  |
| 单位/  工作单位 |  | | 通信地址 |  | |
|  | | | | | | |
| 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。