|  |
| --- |
| 附件2《细胞治疗药品药学变更研究与评价技术指导原则(征求意见稿)》征求意见反馈表 |
|  |  |  |  |  |  |
| **填写人名称** |  | **单位/企业****名称** |  |
| **电子****邮箱** |  | **联系座机电话** |  | **手机** | 　 |
| 序号 | 建议修订的位置 | 修订的内容（原文） | 修订的建议 | 修订的理由或依据 |
| 1 | 页码 | 行数 | 　 | 　 | 　 |
| 2 |  |  | 　 | 　 | 　 |
| 3 |  |  | 　 | 　 | 　 |
| 4 |  |  | 　 | 　 | 　 |
| 5 |  |  | 　 | 　 | 　 |
| …… |  |  | 　 | 　 | 　 |