附件3

《贵州省医疗机构制剂不良反应监测管理办法（征求意见稿）》

意见反馈表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位/企业/个人名称：  填写人： | | | | |
| 联系电话/手机：  电子邮箱： | | | | |
| 序号 | 修订的位置（第\*条） | 修订的内容（原文） | 修订的建议 | 理由或依据 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |