附件2

中国康复医学会团体标准征求意见反馈表

**团体标准名称： 征求意见时间：**

|  |  |
| --- | --- |
| **意见提出单位或个人** |  |
| **联系人** |  | **联系电话** |  |
| **邮箱** |  | **填报时间** |  |
| **团体标准意见反馈** |
| **序号** | **章条号** | **修改建议** | **理由及依据** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| … |  |  |  |
| 单位盖章或个人签字年 月 日 |

注：表格篇幅不够可另加页；若意见提出者为单位，需加盖单位公章。