**附件2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 意见反馈表 | | | | |
| 提出单位/个人： | | | | |
| 联系人： 联系方式： | | | | |
| 序号 | 标题号 | 征求意见稿原文 | 修改建议 | 修改理由 |
| 1 | 如：三（二）1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | | | | |
| 填写说明：  1.“征求意见稿原文”内容重点引用需修改部分（可用红色字体标注），其他内容可用省略号代替；  2.请详细填写修改理由，如有需要，可另附相关书面材料；  3.反馈邮箱sxypzhucechu@163.com，请在邮件主题注明“药品再注册工作方案反馈意见”。 | | | | |