征 求 意 见 表

 共 页 第 页

 年 月 日填写

标准名称：灵芝孢子油软胶囊（征求意见稿）

联系方式：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 标准章条编号 | 提出单位 | 姓名 | 职称 | 意见建议及理由 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

注：请对文稿提意见时，若有数据等依据请提供。