广东省地方标准征求意见反馈表

年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 标准名称 | 医疗机构医疗护理员服务规范 |
| 提出意见和建议的单位和（或）个人 | 单位名称（公章） |  |
| 个人姓名 |  |
| 通讯地址 |  |
| 联系电话 |  |
| 电子邮箱 |  |
| 条文编号 | 具体内容 | 修改意见和建议及其理由 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

（纸幅不够，请附页）