附件2

眼科超声乳化和眼前节玻璃体切除设备及附件注册技术审查指导原则（征求意见稿）反馈意见表

企业名称/专家名称： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 涉及的指导原则具体条款 | 发现的问题/修改理由 | 修改建议 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |