附件2

《眼科高频超声诊断仪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：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 涉及的具体条款 | 发现的问题/修改理由 | 修改建议 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |