附件2

射频消融类子宫内膜去除设备技术审查指导原则

意见反馈表

单位名称/专家名称： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 涉及条款 | 原文内容 | 修改建议和意见 | 理由 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |