附件2

《血液透析设备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 | 条款号 | 条款内容 | 反馈意见（包含修改后内容） | 理由及依据 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |