附件2

《隐球菌抗原检测试剂注册技术审查指导原则（征求意见稿）》反馈意见表

姓名/单位名称： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **涉及条款** | **原文内容** | **建议修改后内容** | **依据(可附参考文献)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**其它建议：**