附件2

《辽宁省乙类大型医用设备配置许可管理实施细则》 修改意见反馈表

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 单位联系人/专家姓名 |  | 通信地址 |  | 邮编 |  |
| 专家职称、职务 |  | 联系电话 |  | E-mail |  |
| 章条编号 | 修改后内容 | 修改理由 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

单位（公章）： 年 月 日

个人（签名）： 年 月 日