广东省卫生经济学会团体标准征求意见反馈表

**标准名称： 患者满意度管理指南**

意见提出单位：（单位盖章或专家签名）

联系人： 电话： Email:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 章条号 | 提出意见 | 理由 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |

注：表格不够填写可加附页,若提出意见未按要求上报一律不采纳。

联系人：夏萍

电　话：18922108036

邮　箱：xiaping@gdpu.edu.cn