广东省卫生经济学会团体标准征求意见反馈表

**标准名称： 《医疗机构数字化诊间技术规范》**

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：邓晓晖   电话：13570460793

邮  箱：dengxiaohui@gdph.org.cn