附件3：

征求意见反馈表

标准名称：《单基因遗传病临床全外显子组测序性能验证及室内质控规程》（征求意见稿） 填报日期： 年 月 日

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称 |  |
| 姓 名 |  | 职务/职称 |  |
| 联系方式 |  | 邮 箱 |  |
| 有无意见（无意见请填此栏）： |
| 意见汇总： |
| 序号 | 章条编号 | 标准原文 | 修改意见 | 理由或依据 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：如所提意见篇幅不够可增加附页。