附件3

**征求意见反馈表**

**标准名称：**《社区健康服务机构慢性阻塞性肺疾病智慧化筛查与管理规范》（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。