团体标准征求意见反馈表

**团体标准名称：家用强脉冲光治疗仪**

**公司名称：**

**联系人： 联系方式：**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **章节号** | **修改建议** | **修改理由** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| ... |  |  |  |

（请于2023年9月22日前以邮件方式反馈至samd\_tb@163.com，联系电话：0755-26016045-853）