团体标准意见反馈表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 团体标准名称 | 医用非织造伤口吸收垫 | | |
| 反馈人姓名 |  | 职务/职称 |  |
| 电话/手机 |  | 电子信箱 |  |
| 单 位 |  | | |
| **反馈意见：**  签字：  年 月 日 | | | |