**征求意见表**

 征集意见标准名: 《特殊人群用复合离子SOD特膳食品质量管理规范》 日 期：

 意见提出单位： 联系人： 联系方式：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 章条号 | 提出意见 | 理由 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |

注：可另附。