

厦门市食品安全工作联合会团体标准征求意见反馈表

标准名称：

征求意见时间：

意见提出单位或个人			
联系人		联系电话	
邮箱		填报时间	
标准意见反馈			
序号	章条号	修改建议	理由及依据
单位盖章或个人签字 年 月 日			

注：表格篇幅不够可另加页；若意见提出人为单位，需加盖单位公章。