《药品变更受理审查指南（试行）（征求意见稿）》征求意见反馈表

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位/企业名称：  填写人： | | | | |
| 联系电话：  电子邮箱： | | | | |
| 序号 | 修订的位置（页码；行数） | 修订的内容（原文） | 修订的建议 | 理由或依据 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |