安徽省地方标准征求意见汇总表

归口单位：（盖章）

请注明所提意见的文件名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 提出单位 | 标准条款 | 意见内容 | 处理意见  及理由 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

如本表栏目不够可以扩展

联系人：中国科学技术大学附属第一医院（安徽省立医院）许岑

    联系电话: 13855130006

    E-mail: xc100100@foxmail.com