附件2

反馈意见表

|  |
| --- |
| **征求意见稿文件名称**：浙江省药品上市后变更管理实施细则（征求意见稿） |
| 单位/企业类型：  | 填写人从事工作： |
| 联系方式：  | 电子邮箱： |
| 序号 | 建议修订的位置（页码和行数） | 修订的内容（原文） | 修订的建议 | 修订的理由或依据 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |