

《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				
...				