附件2

《超声软组织切割止血系统同品种临床评价技术审查指导原则（征求意见稿）》反馈意见表

单位名称/专家名称： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 涉及条款 | 原文内容 | 修改建议和意见 | 依据 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |