河南省药学会标准征求意见汇总表

标准名称：医疗机构CCB类药品评价及遴选指标体系

提出意见单位：

联系人：

电话：

年 月 日填写 共 页第 页

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **章条号** | **提出意见** | **理由** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

注：篇幅不够，可增加副页。