附件2

藏医庆萨病（肝腹水）诊疗指南征求意见反馈表

填写日期：\_\_\_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_\_\_日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 标准编号 |  | 病种名称 |  |
| 意见回 复 人 | 姓名 |  | 电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 工作单位 |  | 通信地址 |  |
| 具体意见和建议 |
| 序号 | 章条编号 | 意见或建议 | 理由 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 注：如果需要陈述的技术内容较多，可另附页，此表可复制。表格填写完成后，请传至中国民族医药学会事业发展部邮箱：syfzb2012@163.com联系人：侯玉杰 联系电话：010-64073102,反馈意见截止到2022年6月27日。 |