**《组织患者参与药物研发的一般考虑指导原则》**

**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（页码和行数） | 修订的内容（原文） | 修订的建议 | 理由或依据 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| … | 　 | 　 | 　 | 　 |