附件2

公开征求意见表

文件名称：《广东省免疫规划疫苗预防接种异常反应补偿保险实施方案（公开征求意见稿）》

填写单位/个人：（盖章/签名） 填写日期：2025年 月 日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 具体内容 | 修改建议 | 修改建议的理由 | 提出单位/个人 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

备注：1.填写单位/个人的联系方式：办公室电话（ ）；手机号码（ ）；

2.填写单位/个人的联系地址：（详细填写，例如广东省××市××县（区、市）××街道/镇/村××路××号××）。