附件二：

**《川渝医药行业企业信用评价规范》征求意见反馈表**

单位（盖章）：

填表人： 职务：

联系方式： 电子邮箱：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 章节号 | 原文 | 修改后内容 | 理由 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |