《药品零售企业服务规范》

鹤壁市地方标准征求意见反馈表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出单位或专家 |  | | | | |
| 职务/职称 |  | 联系人 |  | 电话 |  |
| 通讯地址 |  | | | 电子  邮件 |  |
| **条文编号** | **具体修改意见和建议** | | | **依据及理由** | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
|  |  | | |  | |
| **单位公章或专家个人签字：**  **年 月 日** | | | | | |

（可另增页）

联系人：郑风敏 联系地址：鹤壁市淇滨区黎阳路231号

电话（传真）：0392-3358392 邮箱：1374571380@qq.com