附件3

宁夏地方标准征求意见表

《互联网医院监督管理标准》

|  |  |
| --- | --- |
| 填表单位 |  |
| 填表人 |  | 职务或职称 |  | 联系方式 |  |
| 意见分类（请在意见类别上划“√”） | 赞成 |  | 不赞成 |  |
| 意见、建议和理由： 填表单位（签章） 年 月 日  |