**附件2**

**《骨科远程医疗规范（总则）》团体标准**

**征求意见表**

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 标准名称 |  | | |
| 提出意见和建议的单位和（或）专家 | 单位名称 |  | |
| 专家姓名 |  | |
| 通讯地址和邮编 |  | |
| 联系电话 |  | |
| E-mail |  | |
| 条文编号 | 需要修改的内容 | 修改意见或建议 | 理由 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

（纸面不敷，可另增页）