附件2

意见反馈表

提出意见单位：

联系人： 联系方式：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 要点编号 | 征求意见稿原文 | 修改建议 | 修改理由 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |

填写说明：

1. 提出意见单位名称请填写规范全称，若是个人反馈意见，请填写姓名。请同时提供联系人姓名及联系电话，以便沟通交流；

2. “征求意见稿原文”内容重点引用需修改部分（可用红色字体标注），其他内容可用省略号代替；  
 3. 请详细填写修改理由，以便判断意见的采纳情况，如有需要，可另附相关书面材料；

4. 反馈意见邮箱：ningj@cfdi.org.cn，邮件主题请注明“药物临床试验机构监督检查要点和判定原则意见反馈”。