《治疗慢性心力衰竭药物临床试验技术指导原则（征求意见稿）》征求意见反馈表

|  |
| --- |
| **单位/企业名称****填写人** |
| **联系电话****电子邮箱** |
| **序号** | **修订的位置****（页码和行数）** | **修订的内容（原文）** | **修订的建议** | **理由或依据** |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| … | 　 | 　 | 　 | 　 |