

国家标准《健康信息学 患者健康卡数据 第3部分：有限临床数据》（征求意见稿）

意见反馈表

填表人		电话		传真		E-mail		
单位				通信地址			邮编	
序号	章条号	修改建议			修改理由			

请加盖单位公章

（纸幅不够，请附页）