附件2

《关于发布医疗器械临床试验项目检查要点及判定原则的公告

（征求意见稿）》反馈意见

单位名称（或者个人姓名): 联系人: 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 反馈意见涉及的条款内容 | 修改建议 | 修改理由 |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| ... |  |  |  |