|  |
| --- |
| **《自体CAR-T细胞治疗产品药学变更研究问题与解答(征求意见稿)》征求意见反馈表** |
|  |  |  |  |  |  |
| 填写人名称 | 　 | 单位/企业名称 | 　 |
| 电子邮箱 | 　 | 联系座机电话 | 　 | 手机 | 　 |
| 序号 | 建议修订的位置（页码和行数） | 修订的内容（原文） | 修订的建议 | 修订的理由或依据 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 4 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 5 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| …… | 　 | 　 | 　 | 　 |