|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **《慢性丁型肝炎病毒感染治疗药物临床试验技术指导原则（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** |  | **联系电话** |  | |
| **序号** | **建议修订的位置 （页码和行数，如第2页第6-9行）** | **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 |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |