附件

**《重组胶原蛋白类医疗产品分类界定原则》征求意见表**

**提出单位： 提出日期：**

**联系人/提出人： 联系电话：**

 **共 页 ; 第 页**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **章条编号** | **意见内容** | **修改建议** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**签字：**