附件3

意见反馈表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **项目名称** | | 《人工耳蜗声音处理设备》 | | | |
| **征求意见日期** | | 2022 年 8月26 日至 2022 年\_10月 26 日 | | **技术归口**  **单位名称** | 医用电声设备医疗器械标准化口单位 |
| **提出单位/个人** | |  | **联系人/联系方式** |  | |
| **序号** | **标准条款** | **提出意见及建议内容** | | | **备注** |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |
|  |  |  | | |  |

请填写后发至yydsgkdw@jsmdt.org.cn。联系电话：025-69655986。