附件3

四川省地方标准征求意见反馈表

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 标准名称 | | 《人牙源性间充质干细胞质量规范》（征求意见） | |
| 提出意见的单位或个人 | 单位名称 |  | |
| 联系人姓名 |  | |
| 联系电话 |  | |
| E-mail |  | |
| 条文编号 | 具体内容 | | 修改意见建议及其理由 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

（纸面不敷，可另增页）

四川省地方标准征求意见反馈表

年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 标准名称 | | 《人牙源性间充质干细胞质量规范》起草说明 | |
| 提出意见的单位或个人 | 单位名称 |  | |
| 联系人姓名 |  | |
| 联系电话 |  | |
| E-mail |  | |
| 条文编号 | 具体内容 | | 修改意见建议及其理由 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

（纸面不敷，可另增页）