|  |
| --- |
| **《巩膜镜临床验配要求》团体标准征求意见表** |
|  **提出单位：**  **联系人：**  **手机：****年 月**  日  |
| **序号** | **章条号** | **现条款内容** | **修改建议** | **修改理由** |
|
| 　 |  |  |  |  |
| 　 | 　 |  |  |  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

此表可另附页