团体标准《血液透析患者超声引导下内瘘穿刺操作技术规范》征求意见表

意见提出单位/专家（单位盖章）： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 章、条编号 | 原稿内容（概要） | 修改意见 | 修改理由 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

注：1.表格不够填写可加附页；

2.若无意见也请反馈。