附件2

硬性光学内窥镜（有创类）注册技术审查指导原则（征求意见稿）意见反馈表

企业名称/专家名称： 联系人： 联系电话：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 涉及的指导原则具体条款 | 发现的问题/修改理由 | 修改建议 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |