附件3 **深圳市地方标准征求意见反馈表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 标准名称：青少年脊柱侧弯筛查及治疗指南  单位名称： 电话： 传真：  电邮地址：  填表人： 年 月 日 | | | | |
| 序号 | 修改内容/章、  条编号 | 修改意见 | | 理由或依据 |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |
| 标准征求意见单位：  深圳市第二人民医院脊柱健康中心  联系人：王伟君 | | | 联系电话：0755-83243396  E-mail：jzjk@wjw.sz.gov.cn | |

（表格不够可复印填写）