

## 《罕见疾病创新药物临床研究实施框架（征求意见稿）》反馈意见表

单位/企业名称 填写人				
联系电话 电子邮箱				
序号	修订的位置 (页码和行数)	修订的内容 (原文)	修订的建议	理由或依据
1				
2				
3				
4				
5				
...				