

团体标准《医疗机构污水处理运维管理规范》（征求意见稿）

意见反馈表

填表人		电话		传真		E-mail		
单位				通信地址			邮编	
序号	章条号	修改建议			修改理由			
1								
2								
3								
4								

请加盖单位公章

（纸幅不够，请附页）