《核医学多模态体模校准规范》（征求意见稿）

征求意见表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 专家姓名 |  | 职称或职务 |  | 电话 |  |
| 单位 |  | E-mail |  |
| 具体意见 | 页码 | 章条编号 | 原内容 | 修正内容 | 说明 |
| 3 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

可另附页

**意见反馈联系人：张英杰，邮箱：zc1508@126.com电话：14706437087**