**团体标准征求意见反馈表**

|  |  |
| --- | --- |
| 标准名称 | 工作场所职业人群健康管理标准 |
| 意见提出人 |  | 单位/职务 | (请填写您的工作单位及职务) |
| 联系电话 |  | 邮箱 |  |
| 意见反馈内容 |
| 序号 | 标准章条 | 意见内容 | 修改理由 |
| 原文为 | 建议修改为 | 请填写您的意见 |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |

（本表行、列可进行修改，不够用时可延续）