|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **《自体CAR-T细胞治疗产品药学变更研究问题与解答(征求意见稿)》征求意见反馈表** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| 填写人名称 |  | 单位/企业名称 |  | | |
| 电子  邮箱 |  | 联系座机电话 |  | 手机 |  |
| 序号 | 建议修订的位置（页码和行数） | 修订的内容（原文） | 修订的建议 | 修订的理由或依据 | |
| 1 |  |  |  |  | |
| 2 |  |  |  |  | |
| 3 |  |  |  |  | |
| 4 |  |  |  |  | |
| 5 |  |  |  |  | |
| …… |  |  |  |  | |