

TB/CSM 《》 征求意见表

发出日期:	文件编号:
截止日期:	
请将本表反馈给如下联系人:	
单位名称:	请您在规定时间内将反馈意见反馈给联系人。
联系人:	
手机 E-mail: xiangqian9489@163.com	

意见和理由: (必要时可另附页)

序号	章条编号	意见内容
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

其它说明:

填写人		单位	
联系电话		部门	
电子邮件			

注: 请您留下尽可能详细的联系方式, 以便我们与您取得联系, 便于以后沟通。