表3：

湖北省地方标准征求意见表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 标准名称 | 《脑心健康管理服务规范》 | | | | |
| 填表单位 |  | | | | |
| 填表人 |  | 职务或职称 |  | 联系方式 |  |
| 意见、建议和理由：  *除整体性、结构性意见外，请尽量具体到标准的章、条，例如：xx(章或条) “xxxx”修改为“xxxxx”，理由是“xxxxx”。*  填表单位（盖章）：  填表人（签名）：  年 月 日 | | | | | |

**注：**填写时删除斜体的填写说明。