真菌类保健食品申报与审评规定（试行）修订项目

征求意见表

单位名称： 填表人姓名：

所属部门： 职务/职称：

手 机： 邮 箱：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 法规条编号 | 意见及建议 | 理由/依据 |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

请于2019年7月14日前，将征求意见表，发送至luo\_cifst@163.com邮箱，谢谢。