附件3

**湖南省地方标准征求意见表**

标准名称：医疗机构能耗定额

通讯地址：长沙市雨花区时代阳光大道238号湖南省质量和标准化研究院

联系人：毛芳

电话：15673176709

邮箱：494795400@qq.com

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 地方标准章条编号 | 意见内容 | 提出单位 |
|  |  |  |  |

填表人： 单位（盖章）：

（表格不够可复印，请于2021年10月8日前反馈）