附件2

临床医学专业特征监测指标及采集数据项

意见征求反馈表

学校名称： （加盖公章） 2019年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 项目序号  （如“一、资源”） | 项目编号  （如“ LC1.5社区卫生服务中心情况”） | 采集数据项  （如“社区服务中心名称”） | 修改建议及原因（简写） | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 其他需要说明的问题： | | | | | |

注：该表格可自行生成，以便调整所需条目。