附件3

《北京市加快推动“人工智能+医药健康”创新发展行动计划（2025-2027年）

（征求意见稿）》意见反馈表

提出单位/人（公章/签名）：

联 系 人： 联系电话：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **序号** | **条目编号** | **修改意见内容（包括理由或依据）** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

注：如所提意见篇幅不够，可增加附页。