附件2

修改意见反馈表

填报单位（盖章）： 联系人： 联系电话：

| **文件名称：百色市本级科研经费管理办法（征求意见稿）** | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **原文位置及内容** | **修改意见** | **修改理由** | **备注** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |