

무상 제공 승인 신청서

※ 바탕색이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호		접수일		발급일		처리기간 7일	
신청인	업체명			소재지			
	성명(법인은 법인 명칭)			생년월일(법인은 법인등록번호)			
제공대상 제품정보	업체명						
	품목코드 또는 제품명(명칭)		의료제품의 분류		☐ 의약품 ☐ 의약외품 ☐ 의료기기		
무상 제공 계획	구체적 사용목적 (대상 질환 포함)						
	대상 환자 또는 지원대상						
	환자별 투여방법·투여량						
	제공계획 및 총제공물량						
	제공장소						
	제공기간						
	제공 종료 후 환자 등에 대한 지원계획						
	제공 결과 보고 계획 등 그 밖의 사항						

「공중보건 위기대응 의료제품의 개발 촉진 및 긴급 공급을 위한 특별법」 제26조제2항 및 같은 법 시행규칙 제23조제1항에 따라 위와 같이 무상 제공 승인을 신청합니다.

년 월 일
신청인 (서명 또는 인)

담당자 성명 및 전화번호

식품의약품안전처장 귀하

