

전시용 의료기기 용도변경 승인신청서

접수번호	접수일자		처리기간	15일
□제 조(업)자 · 수입(업)자에 관한 사항				
성명(대표자)		업 소 명		업허가번호
주 소				생년월일
전화번호				FAX
□전시용 의료기기에 관한 사항				
제 품 의 제 조 원	업소명			제 조 국
	소재지			
명 칭 (제 품 명 , 품 목 명 , 모 델 명)				
기 존 용 도 (전 시 기 간)		변 경 용 도		
수 량		시험검사 예정기관		

「의료기기법 시행규칙」 제46조제4항 및 「의료기기 허가·신고·심사 등에 관한 규정」 제58조 의2에 따라 위와 같이 전시용 의료기기의 용도변경을 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

담당자 성명

담당자 전화번호

○○ 지방식품의약품안전청장 귀하

첨부 서류	사용기한, 사용후 처리방법 등이 포함된 사용계획서	수수료 없음
----------	-----------------------------	-----------