

동물용의료기기수리업 신고증

신 고 수 리 번 호 :

업 소 의 명 칭 :

업 소 의 소재지 :

대 표 자 성명 :

생년월일 :

수리대상 의료기기의 유형 :

「동물용 의약품등 취급규칙」 제22조의2제3항에 따라 위와 같이 동물용 의료기기 수리업 신고를 하였음을 증명합니다.

년 월 일

농림축산검역본부장

직인

변경 및 처분사항 등

연월일	내 용