

피해구제급여 지급 제외 대상 결정 통지서

성명		생년월일	
주소			
지급 신청한 피해구제급여			
피해구제급여 지급 제외 사유	※ 법 제86조의3제2항 각 호의 어느 하나에 해당하는 사유를 구체적으로 기재 합니다.		
다른 배상절차 (있는 경우 기재)			

귀하의 의약품 부작용 피해구제급여 지급 신청에 대하여 검토한 결과, 피해구제급여 지급 제외 대상으로 결정되었음을 알려드립니다. 이 결정에 이의가 있는 경우에는 이 처분이 있음을 안 날부터 90일 이내에 처분청을 피청구인으로 하여 처분청 또는 행정심판위원회에 행정심판을 청구하거나, 행정심판 제기 여부와 관계없이 처분청을 피고로 하여 관할법원에 행정소송을 제기할 수 있습니다.

년 월 일

한국의약품안전관리원의 장

