

피해구제급여 지급 중단 결정 통지서

지급중단 대상자	성 명			
	생년월일 (성별)		전화번호	
	주 소			
피해구제급여 지급내역	피해구제급여 유형			
	지급액	원	지급기간	~ (회)
지급중단 내용	지급중단사유			
	지급중단일			

귀하의 의약품 부작용 피해구제급여 지급에 대하여 검토한 결과, 피해구제급여 지급 중단 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.

한국의약품안전관리원의 장

직인