

부담금 분할납부 신청서

접수번호	접수일		처리기간	30일
신청인	업체명		사업자(또는 법인)등록번호	
	대표자명		담당자명	
	전화번호		휴대전화번호	
	주소			
신청내용	당초 부과금액		당초 납부기한	
	분할납부일	(1차) . . .	(2차) . . .	
	분할납부 금액	(1차)	(2차)	
	가산이율		가산이자	
	납부부담금 합계			
	분할납부 신청사유			

「의약품 부작용 피해구제에 관한 규정」 제11조 및 같은 규정 시행규칙 제3조에 따라 위와 같이 부담금의 분할납부를 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

한국의약품안전관리원의 장 귀하

신청인	분할납부 사유를 증명할 수 있는 자료	수수료
제출서류		없 음