

제 호

디지털의료기기 우수 관리체계 인증서

- 업소명:
- 소재지:
- 업허가번호:
- 유효기간:

「디지털의료제품법」 제16조제1항 및 같은 법 시행규칙 제31조제4항에 따라 위와 같이 우수 관리체계 인증을 합니다.

년 월 일

식품의약품안전처장 직인