

제 호

디지털융합의약품 위탁제조판매업 신고증

1. 명 칭:

2. 소재 지:

3. 대표 자:

「디지털의료제품법」 제29조제3항 및 같은 법 시행규칙 제39조제4항에 따라
위와 같이 신고하였음을 증명합니다.

년 월 일

지방식품의약품안전청장

직인

(뒤 쪽)

안전 관리	성명	면허번호
책임자	생년월일	면허 또는 자격의 종류

변경 및 처분사항 등