

의료기관 조제실제제 제조품목 신고서

접수번호	접수일	발급일	처리기간	3일
------	-----	-----	------	----

의료기관	신고·허가번호		
	명칭		전화번호
	소재지		
	개설자	성명	
생년월일			

관리약사 또는 관리한약사	성명		면허번호
	생년월일		

조제실제제 제조품목								
번호	제제품명	처방	규격	용법·용량	효능	포장단위	처방의사의 성명 및 면허번호	비고

「의약품 등의 안전에 관한 규칙」 제52조제1항에 따라 위와 같이 의료기관 조제실제제의 제조품목을 신고합니다.

년 월 일

신고인 (서명 또는 인)

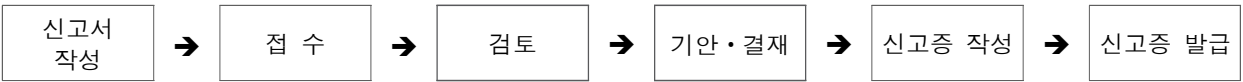
담당자 성명

담당자 전화번호

특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사
시장·군수·구청장 귀하

첨부서류	없음	수수료 없음
------	----	-----------

처리절차



신고인 특별시·광역시·도·특별자치도, 시·군·구