

[별지 제4호서식]

의료기기 시험검사신청서

접수번호	접수일자	처리일자
시험검사 유 형	[] 제품시험검사 [] 제품시험검사 및 시험검사성적서 검토의뢰 [] 시험검사성적서 검토의뢰 [] 전자파장해(EMI)시험	
신 청 자	업 소 명	대표자명
	주 소	
	사업자등록번호	전화번호
제 조 원	업 소 명	제 조 국
	주 소	
명칭(제품명, 품목명, 모델명)		
제조번호		신청수량
시험검사 목 적	[] 제조품목허가·인증신청 [] 수입품목허가·인증신청 [] 기타 ()	

「의료기기 허가·신고·심사 등에 관한 규정」 제21조에 따라 위와 같이 의료기기 시험·검사를 신청합니다.

년 월 일

신청자 (서명 또는 인)

○○시험검사기관
장 귀하

※ 주의사항

시험·검사를 위하여 불가피한 경우 귀사에서 제출한 시험·검사품이 파손될 수 있음을 알려드리오니 양지하시기 바랍니다.

확인자 (서명 또는 인)

※ 구비서류

- 당해제품의 기술문서 등에 관한 자료 또는 기술문서등심사결과통지서 사본
- 수입의 경우, 당해 시험용 의료기기를 입증할 수 있는 자료로서 시험용 의료기기 확인서, 표준통관예정보고서, 수입신고 필증 등의 사본

210mm × 297mm[백상지 80g/m² 또는 중질지 80g/m²]