

[별지 제11호서식]

중고의료기기 검사 신청서

접수번호	접수일자	처리일자	처리기간	30일
의뢰인 (판매·임대 업소)	업소명			
	소재지			
	대표자			
검사기관 (제조·수입 업소명)				
검사 의뢰 품목				
명칭(제품명, 품목명, 모델명)				
분류번호(등급)				
허가·인증(신고)번호				
허가·인증(신고)연월일				
제조연월				
비고				

「의료기기 허가·신고·심사 등에 관한 규정」 제22조제2항에 따라 중고 의료기기의 안전성 및 성능에 관하여 확인을 의뢰합니다.

년 월 일

의뢰인

(서명 또는 인)

“검사기관명(제조·수입업소명)” 대표 귀하