

위생검사등 요청서

※ 색상이 어두운 난은 요청인이 작성하지 아니하며, []에는 해당하는 곳에 √표를 합니다.

(앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간	14일
------	-----	------	-----

구분	[] 소비자 20명 이상	[] 소비자단체	[] 시험·검사기관
----	----------------	-----------	-------------

소비자가 요청하는 경 우	대표인의 성명			
	주소(소재지)		전화번호 팩스번호	
			전자우편주소	
		※ 대표인이 아닌 소비자는 전원(全員) 뒤쪽에 기재합니다.		

단 체 · 기 관 이 요청하는 경우	단체 기관	명칭	전화번호
		주소(소재지)	팩스번호
	대표자	성명	전자우편주소

위생검사 요청내용	주요 피해내용	
	위생검사 사유	

결과 통보 방법	[] 직접방문 [] 우편 [] 팩스 [] 전자우편 [] 기타()
----------	---

「건강기능식품에 관한 법률」 제20조의2제1항, 같은 법 시행령 제6조의2제2항 및 같은 법 시행규칙 제24조의2에 따라 위와 같이 위생검사 등을 요청합니다.

년 월 일

요청인 대표: (서명 또는 인)

식품의약품안전처장·지방식품의약품안전청장

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·귀하

구청장

첨부서류	요청인의 신분을 확인할 수 있는 서류	수수료 없음
------	----------------------	-----------

접 수 증

접 수 번 호		요청인 대표 성명	
접수자 성명	(서명 또는 인)	전화번호	
귀하의 요청서는 위와 같이 접수되었습니다.			
년 월 일			
식품의약품안전처장·지방식품의약품안전청장 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장			직인

(뒤쪽)

[illegible]