

수탁자의 재위탁 통보서

의약품 공급자(위탁자) 명		
재위탁한 의약품 판촉영업자 (수탁자)	상호 및 대표자	
	영업소 소재지	
	재위탁 사유	
재수탁한 의약품 판촉영업자 (재수탁자)	상호 및 대표자	
	영업소 소재지	
재위탁 내용	의약품 명칭 및 품목별 수수료율	
	계약 기간	
	기타 (재수탁자 교육 이수 여부 등)	

「약사법」 제47조제4항 및 같은 법 시행규칙 제44조제5항에 따라 판매촉진 업무의 재위탁 사실을 통보합니다.

년 월 일

수탁자

(서명 또는 인)

귀하

첨부서류	재위탁계약서 사본 1부
------	--------------