

세포처리시설 폐업·휴업·업무재개 신고서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호		접수일	처리기간	7일
신고인 (대표자)	명칭(상호)	소재지 및 전화번호		
	대표자 성명	주민등록번호(법인은 법인등록번호 및 대표자 주민등록번호)		
신고내용	[] 폐업	폐업 연월일		
	[] 휴업	휴업 연월일 및 휴업 예정기간		
	[] 업무재개	업무재개 연월일		

「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제15조제5항 본문 및 「첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 규칙」 제7조에 따라 위와 같이 세포처리시설의 폐업(휴업, 업무재개)을 신고합니다.

년 월 일

신고인(대표자) 성명

(서명 또는 인)

담당자 성명 및 전화번호

지방식품의약품안전청장 귀하

첨부서류	1. 세포처리시설 허가증 원본(폐업·휴업만 해당하며, 전자문서로 발급받은 경우는 제외합니다) 2. 「첨단재생의료 및 첨단바이오의약품 안전 및 지원에 관한 법률」 제44조 및 같은 법 시행령 제38조제1호에 따른 보관계획서(휴업만 해당합니다)	수수료 없음
------	---	-----------

