

# 의료기기 재평가 신청서

|                                   |        |            |      |
|-----------------------------------|--------|------------|------|
| 접수번호                              |        | 접수일        | 처리기간 |
| 신청인<br>(대표자)                      | 성명     | 생년월일       |      |
|                                   | 주소     |            |      |
| 제 조(수입)<br>업소                     | 명칭(상호) | 업허가번호      |      |
|                                   | 소재지    |            |      |
| 제 조원<br>(수입 또는 제조공정<br>전부 위탁의 경우) | 명칭(상호) | 제 조국       |      |
|                                   | 소재지    |            |      |
| 재평가 대상 명칭(제품명, 품목명 및 모델명)         |        |            |      |
| 분류번호(등급)                          |        | 재평가 실시연도   |      |
| 허가·인증·신고 연월일                      |        | 허가·인증·신고번호 |      |

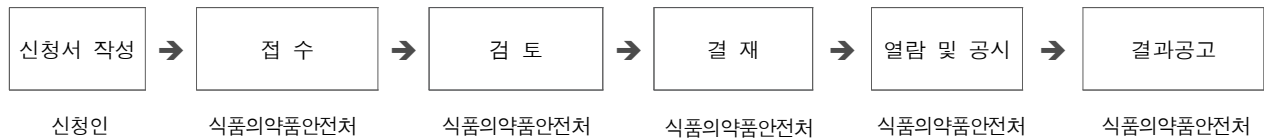
「의료기기법」 제9조·제15조 및 같은 법 시행규칙 제19조제2항·제34조에 따라 위와 같이 의료기기의 재평가를 신청합니다.

신청인 \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일  
 (서명 또는 인)  
 담당자 성명 \_\_\_\_\_  
 담당자 전화번호 \_\_\_\_\_

식품의약품안전처장 귀하

|      |                                    |
|------|------------------------------------|
| 첨부서류 | 식품의약품안전처장이 공고한 재평가에 필요한 자료를 제출합니다. |
|------|------------------------------------|

## 처리절차



210mm × 297mm[백상지 80g/m<sup>2</sup> 또는 중질지 80g/m<sup>2</sup>]