

의료기기 품질관리심사기관 지정사항 변경신청서

접수번호		접수일		처리기간 15일	
품질관리 심사기관	기관명칭			사업자등록번호	
	대 표 자				
	소 재 지				
	지정일자				
변경내용	지정받은 사항				
	변경 신청 사항				
	사 유				

「의료기기법 시행규칙」 제48조의3제3항에 따라 위와 같이 의료기기 품질관리심사기관 지정사항의 변경을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

담당자

담당자 전화번호

식품의약품안전처장 귀하

첨부서류	1. 의료기기 품질관리심사기관 지정서 2. 변경사항을 확인할 수 있는 자료	수수료 없 음
------	--	------------

