

폐 기 확 인 서

폐기의뢰자	업 소 명		업허가번호	
	소 재 지		우 편 번 호	
	유 형 [] 제조업자 [] 수입업자			
	대 표 자		생년월일	
	담 당 자		E-mail	
	전화번호		FAX번호	
폐기 대상 제품 정보	품 목 명		모 델 명	
	허가·인증·신고번호		분류번호(등급)	
	제조번호		폐 기 량	
	제 조 원			
폐기 관련 정 보	폐기 사유			
	폐기 일자			
	폐기 장소			
	폐기 방법			
폐기물처리 업소 정보	업 소 명			
	대 표 자			
	소 재 지			
	전화번호		FAX번호	

「의료기기법 시행규칙」 제54조제2항, 제57조제2항 및 「폐기물관리법」 제13조에 따라 위와 같이 결함 제품을 폐기하였음을 확인합니다.

이
의
의

확 인 자 : (서명 또는 인)

입 회 자 소 속 :

직 급 :

성명 : (서명 또는 인)