

의료기기 품질책임자 교육실시기관 지정신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	발급일	처리기간
			30일
신청인	교육실시기관의 명칭		
	소재지		
	교육실시기관의 대표자		

「의료기기법」 제6조의2제5항 및 「의료기기법 시행규칙」 제14조제2항에 따라 위와 같이 의료기기 품질책임자 교육실시기관으로 지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

담당자 성명 및 연락처

식품의약품안전처장 귀하

첨부서류	1. 교육을 실시할 운영조직 및 인력현황에 관한 자료(인력현황의 경우에는 자격 및 경력을 증명하는 서류를 포함한다) 2. 교육시설 및 장비의 보유현황에 관한 자료 3. 수강료 산정의 근거자료 4. 교육시행규정 5. 교육기본계획	수수료 없음
------	--	---------------

