■ 의료기기법 시행규칙 [별지 제18호서식]

의료기기 재평가 신청서

접수번호	접수일	처리기간

신청인 (대표자)	성명	생년월일
	주소	
제조(수입) 업소	명칭(상호)	업허가번호
	소재지	
제조원 (수입 또는 제조공정 전부 위탁의 경우)	명칭(상호)	제조국
	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.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

담당자 성명

담당자 전화번호

식품의약품안전처장 귀하

첨부서류	식품의약품안전처장이 공고한 재평가에 필요한 자료를 제출합니다.

처리절차

신청서 작성	→	접 수	→	검 토	→	결 재	→	열람 및 공시	→	결과공고
신청인		식품의약품안전처		식품의약품안전처		식품의약품안전처		식품의약품안전처		식품의약품안전처

210㎜ × 297㎜[백상지 80g/㎡ 또는 중질지 80g/㎡]