

의료기기 임상시험기관 변경지정신청서

접수번호	접수일	발급일	처리기간	7일	
신청인 (대표자)	의료기관의 명칭				
	소재지				
	의료기관장 또는 개설자				
지정일자					
변경대비표	항목	지정받은 사항	변경하려는 사항	사유	비고

「의료기기법 시행규칙」 제21조제6항에 따라 위와 같이 의료기기 임상시험기관 지정사항의 변경을 신청합니다.

년 월 일

신청인(의료기관장 또는 개설자) : (서명 또는 인)

담당자 성명 :

담당자 전화번호 :

식품의약품안전처장 귀하

첨부서류	1. 의료기기 임상시험기관 지정서 2. 변경사항을 확인할 수 있는 서류	수수료 없음
------	--	-----------

