

의료기기광고 재심의 결과에 대한 이의신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	처리일	처리기간	30일
신청인	성 명		생년월일	
	전화번호		팩스번호	
	주 소			
업체	명칭 또는 상호			
	소재지			
	영업의 종류		업허가(신고)번호	
심의제품	제품명		품목 허가(인증·신고)번호	
재심의	심의번호		이의신청 취지 및 사유	
심의내용	광고매체			
	심의광고문구			

「의료기기법」 제25조제5항, 같은 법 시행령 제10조의4제4항 및 같은 법 시행규칙 제45조의2에 따라 위 제품 광고에 대한 자율심의기구의 재심의 결과에 이의를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 날인)

식품의약품안전처장 귀하

첨부서류	1. 이의신청 취지 및 사유 2. 의료기기광고 심의 신청 내용 3. 의료기기광고 심의 및 재심의 결과 통보서 사본 4. 그 밖에 광고 심의를 신청한 내용에 대하여 사실 여부 등을 확인할 수 있는 참고 자료	수수료 없 음
------	---	------------