

폐 기 신 청 서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	7일
신청인	업소명	업허가번호	
	소재지	우편번호	
	유 형 [] 제조업자 [] 수입업자		
	대표자	생년월일	
	담당자	E-mail	
	휴대전화번호	전화번호	FAX번호
폐기대상 제품정보	품 목 명	모 델 명	
	허가·인증·신고번호	분류번호(등급)	
	포장단위	제조일자 또는 사용(유효)기간	
	제조번호		
	제 조 원		
	폐 기 량		

폐기사유

「의료기기법 시행규칙」 제54조제2항에 따라 위와 같이 폐기를 신청합니다.

년 월 일
신청인 : (서명 또는 인)

담당자 성명 :

담당자 전화번호 :

시·도지사 귀하

첨부서류	1. 「의료기기법 시행규칙」 별지 제43호서식의 회수계획서 사본 2. 「의료기기법 시행규칙」 별지 제44호서식의 회수확인서 사본	수수료 없음
------	--	-----------