

(앞 쪽)

제 호

의료기기 감시원증

사 진

3cm×4cm

(모자 벗은 상반신으로
뒤 그림 없이 6개월 이
내 촬영한 것)

성 명

기 관 명

55mm×85mm[백상지 150g/㎡]

(색상: 연하늘색)

(뒤 쪽)

의료기기 감시원증

소 속:

직 급:

성 명:

생년월일:

위의 사람은 의료기기 감시원임을
증명합니다.

년 월 일

기 관 장 명 의

직인

1. 이 사람은 「의료기기법」 제32조에 따른 감시를 할 수 있는 권한이 있습니다.
2. 이 증은 다른 사람에게 대여 또는 양도할 수 없습니다.
3. 이 증을 습득한 경우에는 가까운 우체통에 넣어 주십시오.