

체외진단의료기기 임상적 성능시험기관 변경지정신청서

접수번호	접수일시	발급일	처리기간	7일
신청인 (대표자)	기관 명칭			
	대표자 성명 및 생년월일			
	기관 소재지			
임상적 성능시험 기관 지정번호				
변경내용	지정 사항	변경 사항	변경 사유	

「체외진단의료기기법」 제8조 및 같은 법 시행규칙 제20조에 따라 위와 같이 체외진단의료기기 임상적 성능시험기관의 변경지정을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대표자) 성명: (서명 또는 인)

담당자 성명:

담당자 전화번호:

식품의약품안전처장 귀하

첨부서류	1. 체외진단의료기기 임상적 성능시험기관 지정서 2. 변경내용을 증명하는 서류	수수료 없 음
------	--	------------

처리절차

신청서

접 수

검 토

결 제

변경사항
기재

발 급

신청인

식품의약품안전처