

디지털의료기기 우수 관리체계 인증 신청서

※ 해당되는 []에 √ 표시를 하고, 색상이 어두운 부분은 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	처리기간 90일
신청인	업소명	사업자등록번호(법인등록번호)
	대표자	전화번호
	소재지	
제조원 (수입의 경우)	명칭(상호)	제조국
	소재지	
구분	[] 신규	[] 재인증

「디지털의료제품법」 제16조 및 같은 법 시행규칙 제31조제1항에 따라 디지털의료기기 우수 관리체계 인증을 신청합니다.

년 월 일

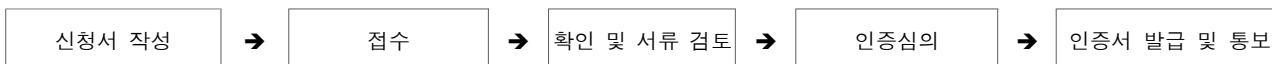
신청인

(서명 또는 인)

인증업무등 대행기관의 장 귀하

첨부서류	수수료
1. 「디지털의료제품법 시행규칙」 제5조제3항 또는 제24조제2항에 따른 허가증 2. 「디지털의료제품법」 제16조제2항에 따른 인증 기준을 갖추었음을 증명하는 자료	식품의약품안전처장의 승인을 받아 인증업무등 대행기관의 장이 정하는 금액

처리 절차



신청인

처리기관: 인증업무등 대행기관