〔별지 제8호서식〕〈개정 2024. 11. 7.〉

특수의료장비 품질관리 신청서					
			□ 정밀검사 □ 서류검사 □ 재검사		
의료기관	명칭		종류		
	주소(전화번호)				
	사업자등록번호		요양기관기호		
개설자	성명(대표자)		생년월일		
	주소				
	전자우편				
특수의료장비의 관리자	성명		생년월일		
	면허종류 (면허번호)		자격종류 (자격번호)		

품질검사 대상 장비 내용

장비의 명칭	형식 및 모델	제조사/제조국	제조번호	제조연월일	설치장소

검사사유			
용도(부위)		장비상태	□ 신품 □ 중고품
장비고유번호			

「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 제5조제5항에 따라 위와 같이 품질검사를 신청합니다.

년 월 일

신청인: (서명 또는 인)

품질관리검사기관의 장 귀하

※구비서류	수수료
· 특수의료장비 등록증명서 사본 1부 · 「특수의료장비의 설치 및 운영에 관한 규칙」 별표 3의 검사항목별 제출서류 또는 제출영상	

210㎜×297㎜[일반용지 60g/㎡(재활용품)]