

의료광고 심의(재심의) 신청서

|      |                                                   |     |  |               |  |     |  |
|------|---------------------------------------------------|-----|--|---------------|--|-----|--|
| 접수번호 |                                                   | 접수일 |  | 처리기간          |  | 30일 |  |
| 신청인  | 성 명(법인명)                                          |     |  | 생년월일(사업자등록번호) |  |     |  |
|      | 의료기관명                                             |     |  | 전화번호          |  |     |  |
|      | 주 소(소재지)                                          |     |  | 팩스번호          |  |     |  |
|      | E-mail                                            |     |  |               |  |     |  |
| 심의   | 광고내용                                              |     |  |               |  |     |  |
|      | 광고매체                                              |     |  | 광고제작사         |  |     |  |
|      | 광고기간                     20 . . . ~ 20 . . . ( 회) |     |  |               |  |     |  |
| 재심의  | 재심 신청 대상                                          |     |  |               |  |     |  |
|      | 재심 신청 사유                                          |     |  |               |  |     |  |
|      | 심의결과를 통지받은 날                     20 년 월 일         |     |  |               |  |     |  |

「의료법 시행령」 제25조 및 같은 법 시행규칙 제47조에 따라 의료광고에 대한 심의(재심의)를 신청합니다.

년 월 일

신청인
 (서명 또는 날인)

심의기관의 장 귀하

|                 |                                                                                                     |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 심의 신청시<br>제출서류  | 1. 의료광고안 1부<br>2. 의료기관 개설 허가증 또는 신고증 사본 1부<br>3. 광고 내용에 의학에 관한 전문적인 내용이 포함되어 있는 경우에는 이를 소명할 수 있는 자료 |
| 재심의 신청시<br>제출서류 | 1. 원심 결과 통보서<br>2. 재심의 신청 이유 및 취지                                                                   |

