

의료기기 판촉영업자 폐업·휴업·업무재개 신고서

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리일	처리기간	3일
신고인	상호	사업자등록번호(법인의 경우 법인등록번호)		
	영업소 소재지			
	성명(법인의 경우 대표자)	주민등록번호		
	전화번호	전자우편주소		
신고의 구분	[] 폐업 [] 휴업 [] 업무재개			
폐업 예정 연월일				
휴업 예정 기간		휴업 사유		
재개 예정 연월일				

「의료기기법」 제18조의2제2항 및 「의료기기 유통 및 판매질서 유지에 관한 규칙」 제8조제1항에 따라 위와 같이 영업의 폐업·휴업·업무재개의 신고를 합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

담당자 성명

담당자 전화번호

특별자치시장·특별자치도지사 귀하
시장·군수·구청장

첨부서류	신고증(폐업 및 휴업의 경우만 해당합니다) ※ 폐업하는 경우 해당 신고증이 없는 경우에는 분실사유서를 제출해야 합니다.	수수료 없음
------	---	-----------

유의사항

「부가가치세법」 제8조제8항에 따른 폐업 또는 휴업 신고를 같이 하려는 경우에는 같은 법 시행규칙 별지 제9호서식의 휴업·폐업 신고서를 함께 첨부해 제출해야 합니다. 이 경우 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제출받은 휴업·폐업 신고서를 관할 세무서장에게 송부해야 합니다.

처리절차



신고인

처리기관: 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장