

제 호

## 혁신의료기기 지정서

1. 대표자 성명(생년월일):
2. 제조업체(수입업체) 명칭:
3. 제조업체(수입업체) 소재지:
4. 혁신의료기기군 종류:
5. 혁신의료기기 명칭:  
(제품명, 품목명, 모델명)

「의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법」 제21조, 같은 법 시행령 제15조제4항 및 「혁신의료기기 지원 및 관리 등에 관한 규칙」 제2조제2항에 따라 위와 같이 혁신의료기기로 지정합니다.

년 월 일

식품의약품안전처장 직인