

제 호

## 혁신의료기기소프트웨어제조기업 인증서

- 기업 명칭:
- 대표자 성명(생년월일):
- 소재지:
- 혁신의료기기 지정번호:
- 혁신의료기기 명칭(제품명, 품목명, 모델명):

「의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법」 제24조제1항 및 「혁신의료기기 지원 및 관리 등에 관한 규칙」 제8조제4항에 따라 위와 같이 혁신의료기기소프트웨어제조기업으로 인증합니다.

년 월 일

식품의약품안전처장 직인