

제 호  <b>의료기기 임상시험계획승인서</b>				
신 청 인  (대표자)	성 명		생년월일	
	주 소			
제 조(수입)  업 소	명칭(상호)		업허가번호	
	소 재 지			
제 조 원  (수입 또는 제조공정 전부 위탁의 경우)	명칭(상호)		제 조 국	
	소 재 지			
임 상 시 험  개 요	명칭(제품명, 품목명, 모델명)		분류번호 (등급)	
	임상시험계획 승인번호			
	임상시험의 제목			
임상시험 참여기관	명칭(상호)		사업자등록번호 또는 법인등록번호	
	소재지			
<p>「의료기기법」 제10조 및 같은 법 시행규칙 제20조제4항에 따라 위와 같이 임상시험계획을 승인합니다.</p> <p>붙임 : 의료기기 임상시험계획승인신청서 1부.</p> <p style="text-align: right;">년 월 일</p> <p style="text-align: center;">                 식품의약품안전처장 <span style="border: 2px solid red; padding: 2px 10px;">직인</span> </p>				

변경 및 처분사항 등

연 월 일	내 용