

## 의료기기광고 재심의 결과에 대한 이의신청서

※ 색상이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호	접수일	처리일	처리기간
			30일
신청인	성명	생년월일	
	전화번호	팩스번호	
	주소		
업체	명칭 또는 상호		
	소재지		
	영업의 종류	업허가(신고)번호	
심의제품	제품명	품목 허가(인증·신고)번호	
재심의	심의번호	이의신청 취지 및 사유	
심의내용	광고매체		
	심의광고문구		

「의료기기법」 제25조제5항, 같은 법 시행령 제10조의4제4항 및 같은 법 시행규칙 제45조의2에 따라 위 제품 광고에 대한 자율심의기구의 재심의 결과에 이의를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 날인)

### 식품의약품안전처장 귀하

첨부서류	1. 이의신청 취지 및 사유 2. 의료기기광고 심의 신청 내용 3. 의료기기광고 심의 및 재심의 결과 통보서 사본 4. 그 밖에 광고 심의를 신청한 내용에 대하여 사실 여부 등을 확인할 수 있는 참고 자료	수수료 없음
------	---	-----------