

## 환자통보확인서

의료기관	명칭		전화번호		
	소재지				
개설자	성명		생년월일		
담당자	성명		전화번호		
	직책		FAX번호		
회수대상 제품정보	품목명		회수사실 통보결과	대상자	총 명
	모델명			통보	명
	허가·인증·신고번호			미통보	명

### 회수사실 통보 대상자

연번	이름	생년월일	통보결과	통보방법	비고(미통보사유)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

「의료기기법 시행규칙」 제51조제3항에 따라 회수대상 의료기기에 대해 위와 같이 통보하였음을 확인합니다.

년      월      일

의료기관개설자 : 성명 (서명 또는 인)

담당자 : 성명 (서명 또는 인)

식품의약품안전처장 귀하

연번	이름	생년월일	통보결과	통보방법	비고(미통보사유)
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					