■ 의료기기법 시행규칙 [별지 제44호서식]

회 수 확 인 서

취급자 업소명		
취급자 소재지		
취 급 자 성 명		E-mail
연 락 처		FAX번호

회 수 제 품 내 역

업 소 명	제품명	제조번호	제조일자	포장단위	구입량	회수량	비 고

「의료기기법」 제31조, 제34조 및 같은 법 시행규칙 제53조제4항, 제57조제2항에 따라 위와 같이 회수대상 의료기기가 회수되어 재고량이 없음을 확인합니다.

년 월 일

대 표 자 : 직책 성명 (서명 또는 인)

담 당 자 : 직책 성명 (서명 또는 인)

전화번호(E-mail):

○○○(회수계획서를 제출한 회수의무자 회사명) 귀하

210㎜ × 297㎜[백상지 80g/㎡ 또는 중질지 80g/㎡]