■ 의료기기법 시행규칙 [별지 제46호서식]

폐 기 신 청 서

※ [ ]에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간 7일

신청인	업소명		업허가번호
	소재지		우편번호
	유 형 [ ] 제조업자 [ ] 수입업자		
	대표자		생년월일
	담당자		E-mail
	휴대전화번호	전화번호	FAX번호

폐기대상 제품정보	품 목 명	모 델 명
	허가·인증·신고번호	분류번호(등급)
	포장단위	제조일자 또는 사용(유효)기간
	제조번호	
	제 조 원	
	폐 기 량	

폐기사유

「의료기기법 시행규칙」 제54조제2항에 따라 위와 같이 폐기를 신청합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

담당자 성명 :

담당자 전화번호 :

시·도지사 귀하

첨부서류	1. 「의료기기법 시행규칙」 별지 제43호서식의 회수계획서 사본 2. 「의료기기법 시행규칙」 별지 제44호서식의 회수확인서 사본	수수료 없음

210㎜ × 297㎜[백상지 80g/㎡ 또는 중질지 80g/㎡]