

## 폐 기 확 인 서

폐기의뢰자	업 소 명	업허가번호
	소 재 지	우 편 번 호
	유 형 <input type="checkbox"/> 제조업자 <input type="checkbox"/> 수입업자	
	대 표 자	생년월일
	담 당 자	E-mail
	전 화 번 호	FAX번호
폐기 대상 제품 정보	품 목 명	모 델 명
	허가·인증·신고번호	분류번호(등급)
	제조번호	폐 기 량
	제 조 원	
폐기 관련 정 보	폐기 사유	
	폐기 일자	
	폐기 장소	
	폐기 방법	
폐기물처리 업소 정보	업 소 명	
	대 표 자	
	소 재 지	
	전 화 번 호	FAX번호

「의료기기법 시행규칙」 제54조제2항, 제57조제2항 및 「폐기물관리법」 제13조에 따라 위와 같이 결함 제품을 폐기하였음을 확인합니다.

년            월            일

확 인 자 : (서명 또는 인)

입 회 자 소 속 :

직 급 :

성 명 : (서명 또는 인)