■ 의료기기법 시행규칙 [별지 제48호서식]

회 수 종 료 보 고 서

회 수 의무자	업 소 명	업허가번호
	소 재 지	우 편 번 호
	유 형	[ ] 제조업자 [ ] 수입업자
	대 표 자	생년월일
	담 당 자	E-mail
	전화번호	FAX번호
회수대상 제품정보	품 목 명	모 델 명
	허가·인증·신고번호	분류번호(등급)
	포장단위	제조일자 또는 사용(유효)기간
	제조번호	제 조 원
회수대상 제 품 량	제조번호별 생산(수입)량	
	회수대상량	
	재 고 량	
회수기간	회수 시작일	
	회수 종료일	
회수결과	회수량(회수율)	
	회수방법별 결과	
	회수처별 회수내역	
	미회수량	
	미회수 사유	

「의료기기법」 제31조, 제34조 및 같은 법 시행규칙 제54조제3항, 제57조제2항에 따라 회수대상 의료기기의 회수종료를 보고합니다.

년 월 일

대 표 자 : 직책 성명 (서명 또는 인)

담 당 자 : 직책 성명 (서명 또는 인)

지방식품의약품안전청장 귀하

첨부서류	1. 「의료기기법 시행규칙」 별지 제44호서식의 회수확인서 사본 2. 「의료기기법 시행규칙」 별지 제45호서식의 회수평가보고서 사본 3. 「의료기기법 시행규칙」 별지 제47호서식의 폐기확인서(수출면장 등) 사본(폐기한 경우만 해당합니다)	수수료 없 음

210㎜ × 297㎜[백상지 80g/㎡ 또는 중질지 80g/㎡]