

(앞 쪽)

제 호

## 소비자의료기기감시원증

사 진  
3cm × 4cm  
(모자 벗은 상반신으로  
뒤 그림 없이 6개월  
이내 촬영한 것)

성 명

지방식품의약품안전청장  
특별시장·광역시장·도지사  
특별자치도지사·특별자치시장  
시장 · 군수 · 구청장

55mm × 85mm [백상지 150g/m<sup>2</sup>]

(색상: 연보라색)

(뒤 쪽)

## 소비자의료기기감시원증

소 속:  
성 명:  
생년월일:  
위촉기간:

위 사람은 「의료기기법」 제40조의2  
에 따라 소비자의료기기감시원임을  
증명합니다.

년 월 일

지방식품의약품안전청장  
특별시장·광역시장·도지사  
특별자치도지사·특별자치시장  
시장 · 군수 · 구청장

직인

1. 의료기기법에서 정하는 업무를 할 때에는 이 증서를 제시하여야 합니다.
2. 이 증은 다른 사람에게 대여 또는 양도할 수 없습니다.
3. 이 증을 습득한 경우에는 가까운 우체통에 넣어 주십시오.