

의료기기 임상시험 종료 보고서

보고인	명칭			
	성명			
	소재지			
임상시험계획의 제목				
임상시험계획 승인번호			승인일자	
임상시험용 의료기기	제품명 (품목명 및 모델명)		분류번호(등급)	
실시기관	명칭			
	전화번호			
	소재지			
최초 임상시험 대상자 선정일 (임상시험 시작일)				
최종 임상시험 대상자 관찰기간 종료일 (임상시험 종료일)				
참여 임상시험 대상자 수				
예측되지 아니한 중대한 부작용 내역의 요약				
비 고				

「의료기기법」 제10조 및 같은 법 시행규칙 제24조제2항에 따라 위와 같이 의료기기 임상시험의 종료를 보고합니다.

년 월 일

보고인

(서명 또는 인)

담당자 성명

담당자 전화번호

식품의약품안전처장 귀하