

환자통보확인서

의료기관	명칭		전화번호		
	소재지				
개설자	성명		생년월일		
담당자	성명		전화번호		
	직책		FAX번호		
회수대상 제품정보	품목명		회수사실 통보결과	대상자	총 명
	모델명			통보	명
	허가·인증·신고번호			미통보	명

회수사실 통보 대상자

연번	이름	생년월일	통보결과	통보방법	비고(미통보사유)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

「의료기기법 시행규칙」 제51조제3항에 따라 회수대상 의료기기에 대해 위와 같이 통보하였음을 확인합니다.

년 월 일

의료기관개설자 : 성명 (서명 또는 인)

담당자 : 성명 (서명 또는 인)

연번	이름	생년월일	통보결과	통보방법	비고(미통보사유)
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					