

신 의료 기 술 평 가 유 예 신 청 서

접수번호		접수일자		처리기간	(앞 쪽) 30일(부득이한 사 유가 있는 경우 70 일)
신 청 인	성 명				
주 소	(우편번호)				
신청 기관	사업체 명칭		사업자등록번호		
	요양기관 명칭		요양기관 기호		
소 재 지	(우편번호)				
연 락 처	주 연락처		전화번호		
	휴대전화번호		팩스번호		
	이메일 주소				

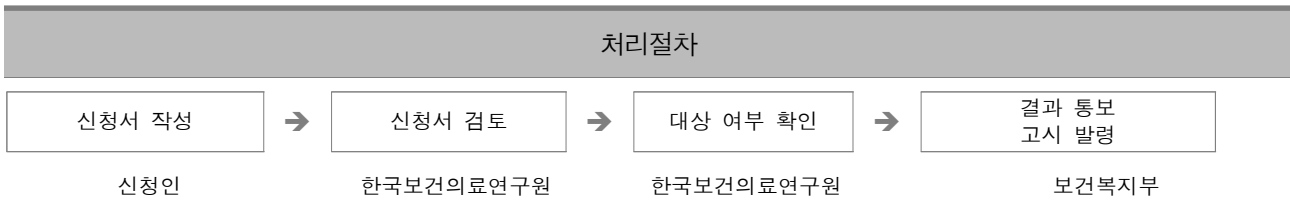
「신의료기술평가에 관한 규칙」 제3조에 따라 신의료기술 평가 유예를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

보건복지부장관 귀하



신의료기술에 관한 정보			
신의료기술 명칭	국문		영문
신의료기술의 사용목적			
신의료기술의 사용대상			
주요 시술자	[] 의사 [] 한의사 [] 치과의사 [] 간호사 [] 기타()		
신의료기술의 시술방법			
요양급여 · 비급여 대상 여부 확인 결과			
기존 기술과의 비교임상문헌 자료 첨부	연구명		
	저자명		
	학술지명		
	논문정보 (권, 호, 페이지 등)		
	비교된 기존기술 명칭		
사용장비 등 허가사항 자료 첨부	품목허가 (신고)명		
	사용장비 등의 허가·인증·신고 여부	[] 제조 - 허가증 () · 인증서 () · 신고서 () [] 수입 - 허가증 () · 인증서 () · 신고서 ()	
	임상시험에 관한 자료, 임상적 성능 시험에 관한 자료 첨부	[] 임상시험에 관한 자료 [] 임상적 성능시험에 관한 자료 [] 미첨부	
	분류번호		
	의료기기의 사용목적		
	기타사항		