

부담금의 분할납부 또는 납부기한 연기 신청결과 통지서

접수번호	접수일	처리일	30일
신청인	업체명	사업자(또는 법인)등록번호	
	대표자명	담당자명	
	전화번호	휴대전화번호	
	주소		
	신청내용	☐ 분할납부	☐ 납부기한 연기
	신청사유		
승인 내용	당초 부담금	당초 납부기한	
	납부기한 (분할납부는 각각 기재)		
	가산 이율	가산 이자	
	부담금 합계 (분할납부는 각각 기재)		
	납부계좌		
	분할납부 또는 납부기한 연기 승인 결과	☐ 승인 ☐ 불승인 ※ 불승인 사유	

「의약품 부작용 피해구제에 관한 규정」 제11조 및 같은 규정 시행규칙 제3조에 따라 위와 같이 부담금의 분할납부 또는 납부기한 연기 신청에 대한 결과를 통지합니다.

이 통지서에 이의가 있는 경우 통지서를 받은 날부터 90일 이내에 「행정심판법」에 따른 행정심판을 청구하거나 「행정소송법」에 따른 행정소송을 제기할 수 있습니다.

년 월 일

한국의약품안전관리원의 장

직인