

제 호

혁신형 의료기기기업 인증서

1. 기 업 명:

2. 주 소

(본 사:)

(연구소:)

3. 유 형:

4. 유효기간:

위 기업을 「의료기기산업 육성 및 혁신의료기기 지원법」 제10조제2항 및 같은 법 시행규칙 제2조제3항에 따라 혁신형 의료기기기업으로 인증합니다.

년 월 일

보건복지부장관

직인