

예비 공중보건 위기대응 의료제품 임상시험등 지원 신청서

※ 바탕색이 어두운 칸은 신청인이 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표시를 합니다.

접수번호	접수일	처리기간	15일
신청인 (대표자)	성명(법인은 법인 명칭)	생년월일(법인은 법인등록번호)	
	주소		
의료제품 정보 (별지 서류로 제출 가능합니다)	품목기준코드 또는 제품 명칭 (제품명, 품목명, 모델명)	의료제품의 분류	☐ 의약품 ☐ 의약외품 ☐ 의료기기
	적용 대상 질병 또는 상해(傷害)	주성분 또는 구성성분 (*의약품등만 해당)	
지원 신청 분야	☐ 임상시험등 계획서 작성 안내 ☐ 임상시험등 대상자 모집 지원 ☐ 임상시험등 종사자 교육	☐ 국제공동 임상시험등 관련 ☐ 임상시험등 정보의 수집·관리 및 제공 ☐ 그 밖에 필요한 사항	
지원사항에 대한 구체적인 내용			

「공중보건 위기대응 의료제품의 개발 촉진 및 긴급 공급을 위한 특별법」 제10조제1항 및 같은 법 시행규칙 제11조제1항에 따라 위와 같이 예비 공중보건 위기대응 의료제품 임상시험등 지원을 신청합니다.

년 월 일

신청인(대표자) 성명

(서명 또는 인)

담당자 성명 및 전화번호

식품의약품안전처장 귀하

첨부서류	예비 공중보건 위기대응 의료제품 지정서 사본	수수료 없음
------	--------------------------	-----------

처리 절차

