

## < 의료기기 판매(임대)업 신고 상담일지 >

대표자이름	상호	개설자 휴대폰번호
팩스번호	이메일	전화번호

아래 해당항목에 ○표시 또는 내용을 작성하여 주세요

신고하려는 장소에 기존 영업장이 있었습니까?	예 (기존업종 : _____) 아니오
중구 외의 지역에 의료기기 판매업 영업신고를 한 사실이 있습니까?	예 (영업지역명: _____) 아니오
주요취급 의료기기는 무엇입니까?	품목명
의료기기 판매를 위하여 체험방 형태로 의료기기판매 영업소를 운영하고 계신가요?	예 , 아니오
의료기기 판매업 영업소가 중구가 아닌 다른 구(시·도)로 이전한 경우 그 지역 보건소에 중구보건소에서 발급한 의료기기 판매업 신고증 원본을 지참하여 의료기기 판매업 변경신고를 해야 한다는 것을 알고 계신가요?	예 , 아니오
의료기기를 더 이상 판매하지 않는 경우나 의료기기 판매업을 하지 않아 세무서에 폐업신고한 경우에도 중구 의료기기 판매업 신고증 원본을 지참하여 30일 이내에 휴업이나 폐업 신고를 해야 한다는 것을 알고 계신가요?	예 , 아니오
판매중인 의료기기 중에 한국어 표시사항이 없는 제품이 있나요?	예 , 아니오
제품에 '의료기기'라고 써있지 않으면서 의학적 효능 및 효과를 표방하는 허가 혹은 인증받지않은 의료기기를 인터넷 사이트 등에서 광고하는 경우가 있나요?	예 , 아니오
일반 공산품 등을 의학적 효능 효과가 있는 의료기기인것처럼 광고하고 계신가요?	예 , 아니오
의료기기 판매(임대)업자 알아들 사항을 수령하고 담당자의 안내를 받으셨습니까?	예 , 아니오

상기 사항은 사실임을 확인합니다.

20 . .

개설자 성명 :

(서명 또는 인)