

<input type="checkbox"/> 최초설치검사 <input type="checkbox"/> 정기검사 <input type="checkbox"/> 재 검사							신청서
신청인	의료기관의 명칭		전화번호				
	소재지						
	개설자성명		생년월일				
	안전관리책임자성명		생년월일				
검사신청내용							
장치의 명칭	형식 및 모델	최초사용 신고일자	최종검사 연월일	제조번호	제조국 및 제조사	재검사 사유	
「진단용 방사선 발생장치의 안전관리에 관한 규칙」 제7조에 따라 위와 같이 신청합니다.							
년      월      일							
신청인:						(서명 또는 인)	
(재)한국의료기기검사원 부설 방사선안전검사원장 귀 하							
※ 구 비 서 류 정기검사 및 재검사의 경우 진단용 방사선 발생장치의 검사성적서 사본 1부(검사신청일 이전 최근 1회분만 해당하며, 재검사의 경우에는 해당 정기검사 시 불합격 내용이 적힌 검사성적서 사본으로 같음할 수 있습니다)							

검사희망일	20    년    월    일	성 명 (대표자)	
사업자등록번호		담당자연락처	
e-mail		팩스번호	

\* 위 e-mail 주소는 전자세금계산서 수신용으로서 개인 정보 수집 이용에 동의함 □

- ☎ 신청 및 접수 문의 : 1588-4816 / 031-701-8916 / 053-295-8916
- ▣ 최종(최근) 검사일 확인 : 보건소에서 발급받으신 신고증명서 또는 검사성적서 확인
- ▣ 검사신청서 작성 : 우편으로 받으신 신청서 서식의 앞면 작성
- ▣ 신청서 접수 : 팩스 신청 (031-701-8917, 053-295-8917) / 이메일 신청 (kite8787@naver.com)
- ▣ 온라인송금 (우리은행 1005-801-927537 / 농협은행 301-0097-4007-11 예금주 : (재)한국의료기기검사원)
- ▣ 홈페이지 카드 결제 (한국의료기기 홈페이지 접속 [www.kite.re.kr](http://www.kite.re.kr) > 의료기관 검사신청 > 검사수수료 결제)
- ※ 저희기관에서는 신청서 작성 및 송신이 부득이하게 어려운 경우 원격지원 서비스를 제공해드리고 있습니다.