

「체외진단의료기기법 시행규칙」 일부개정령(안)에 대한 검토의견

☐ 기관명(부서명) :

☐ 담당자 : 000 (전화번호 기재)

개 정 안	검 토 의 견	
	수 정 안	검 토 사 유