

부담금 분할납부 신청서

접수번호	접수일	처리기간	30일
신청인	업체명	사업자(또는 법인)등록번호	
	대표자명	담당자명	
	전화번호	휴대전화번호	
	주소		
신청내용	당초 부과금액	당초 납부기한	
	분할납부일	(1차)	(2차)
	분할납부 금액	(1차)	(2차)
	가산이율	가산이자	
	납부부담금 합계		
	분할납부 신청사유		

「의약품 부작용 피해구제에 관한 규정」 제11조 및 같은 규정 시행규칙 제3조에 따라 위와 같이 부담금의 분할납부를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

한국의약품안전관리원의 장 귀하

신청인 제출서류	분할납부 사유를 증명할 수 있는 자료	수수료 없음
-------------	----------------------	-----------