

「디지털의료제품의 분류 및 등급 지정 등에 관한 규정」
제정(안)에 대한 의견서

☐ 기관명(부서명, 성명) :

☐ 주소 및 전화번호 :

제 정 안	검 토 의 견	
	수정안	검토사유