

**「디지털의료기기 임상시험등 계획 승인 및 실시관리에 관한 규정」**  
**제정(안)에 대한 의견서**

☐ 기관명(부서명, 성명) :

☐ 주소 및 전화번호 :

제 정 안	검 토 의 견	
	수정안	검토사유