

		시험의뢰서		접수	승인	
접수번호		접수일자		성적서발급예상일자		
신청인	업체명 (국문) (주)파인메딕스 (영문) 영문성적서 필요시 기재		사업자등록번호	000-00-00000		
			전화번호	053-741-8388		
			성명(대표자)	전성우.김성철		
	소재지 (국문) 대구광역시 동구 울암로 140-9 (영문) 영문성적서 필요시 기재					
	담당자 홍길동		HP	010-1234-4567		
			E-mail	fmtreest@finemedix.com		
의뢰 목적	☐ 자가품질관리용 ☒ 밸리데이션용 ☐ 유효기간설정용 ☐ 기타()					
성적서 구분	☐ 공인성적서 ☒ 비공인성적서 ☐ 기타()					
성적서 양식	☒ 국문 ☐ 영문		측정불확도	☐ 명시 ☒ 비명시		
의뢰내용	NO.	시료명 (제품명/모델명/Lot No.)	시험항목	수량	시험방법 (규격명)	비고
	1	국) Clear-Tip EUS-FNA/FM-CTA003/002201DT 영) 영문성적서 필요시 기재	무균시험	10EA	대한약전	
	2	국) 영)				
	3	국) 영)				
	4	국) 영)				
	5	국) 영)				
시료상태 확인 내용		시료 보관 온도 : ☐ 냉장 ☐ 냉동 ☒ 실온 기타사항 (포장상태 및 이탈 내용 등) :				
특이사항(적합성진술요청 등)						
발급방법		☐ 직접 ☒ 우편 ☐ 팩스 ☐ 기타()				
시료처리 요청사항		☐ 반환 ☒ 폐기 ☐ 보관(1개월) ☐ 기타 ()				
위와 같이 시험 의뢰를 신청합니다.						
수집 및 이용 목적		수집 항목	보유 및 이용기간	동의 여부		
접수, 성적서, 세금계산서		성명, 소속, 연락처, 이메일, 팩스, 사업장 정보(회사명, 주소, 사업자등록번호)	5년	☒ 동의 ☐ 비동의		
신청일 : 2025 년 01 월 01 일 의뢰자(대리인) : 홍길동 (인)						
* 시료의 반환은 성적서 전달시 인계하며, 신규업체는 사업자등록증 사본을 첨부바랍니다. * 「(주)파인메딕스 수수료 규정」 에서 정한 시험의뢰 수수료						
(주)파인메딕스 귀하						