

# 의견제출서

※ 아래의 유의사항을 읽고 작성하시기 바랍니다.

의료기관명	
처방의 성명	
의료기관 소재지	전화번호

- <유의사항>
- 기재란이 부족한 경우에는 별지를 사용하실 수 있습니다.
  - 처방내역(요약)은 처방한 항불안제 제품명/용량/기간 등을 요약하여 기재하여 주시기 바랍니다.
  - 처방내역 사본(처방전, 진료기록부 등)을 첨부하여 주시기 바라며, 필요 시 추가 근거자료도 제출할 수 있습니다.

의견 제출내용				
연번	환자명 (생년월일)	처방일자	처방내역 (요약)	처방사유

의료용 마약류 항불안제 사전알리미(2단계, ‘경고’)에 대한 의견을 위와 같이 제출합니다.

년 월 일

의견제출인 (서명 또는 인)

식품의약품안전처장 귀하

**< 의견 제출 방법 >**

- 우편 : 충북 청주시 흥덕구 오송읍 오송생명2로 187 보건의료행정타운  
마약관리과 담당자
- 전자우편주소 : mdnarcotics@korea.kr
- 팩스 : 043-719-2890
- ※ 사전알리미 관련 추가 문의가 있는 경우, 마약관리과 대표번호  
(043-719-2888, 2889, 2896)로 연락주시기 바랍니다.