

2017년 가이드라인 발간 제안서

요청 구분	☐ 제정 ☐ 개정 ☐ 폐지		
가이드라인 제 목	(개정 및 폐지일 경우, 붙임 목록에서 가이드라인 명칭 기재)		
의견제출처 (기관명)		담당자	
제안일		연락처	(이메일 및 전화번호)
대상분류	☐ 백신 ☐ 혈액제제 ☐ 유전자재조합의약품 ☐ 세포치료제 ☐ 유전자치료제 ☐ 한약(생약)제제 ☐ 화장품 ☐ 의약외품 ☐ 기타		
요청사유			
참고자료			