



< 별첨 >

## 자진신고 세부 내역

※ 서식에 따라 자료를 작성하되, 신고인의 상황에 맞게 양식을 수정·변경할 수 있습니다.

※ 자료 작성 등 기타 궁금한 사항이 있는 경우에는 공정위 제조업감시과(044-200-4518)로 문의하시기 바랍니다.

### 1. 신고인 일반 현황

사업자명		대표자 성명	
설립일		사업내용 또는 영위업종	
관련 부서 및 담당자		연락처	
주 소			

(해당 연도 말 기준, 단위: 백만 원, 명)

연도	자본금	자산총계	부채총계	매출액	영업이익	직원 수
2020						
2019						
2018						

### 2. 주요 건강기능식품

제품군	제품명	규격	기능(용도)	유통채널
				ex) 병·의원, 약국

### 3. 유통채널(매출액 및 비중)

(단위: 백만 원, %)

구분	2017	2018	2019	2020
병·의원	00,000 (00.00%)			
약국	00,000 (00.00%)			
도매				
온라인				
...				
기타				
합계	000,000 (100.0%)			

### 4. 병의원 유통방식

① 병·의원 내 신고인 제품의 유통방식 설명[판매 매장(이너샵) 입점 여부, 판매 주체(명의) 등]

② 병·의원 내 영업조건 설명

\* 병·의원 간 계약서 사본 첨부

**5. 신고 내용**(아래 내용을 포함하여 상세히 기술하시기 바랍니다.)

**① 쪽지처방 운영 배경(목적), 운영 방식(시스템, 절차) 설명**

\* 제품이나 진료과목에 따라 방식이 상이한 경우 각각 내용을 설명

**② 쪽지처방 운영 실적(기간, 대상, 내역 등 포함)**

- 전체 현황(예시: 당사는 1) 0000년 0월 0일부터 0000년 0월 0일까지 2) 00개 품목에 대해서 3) 000개 병·의원을 통해 당사의 제품명이 기재된 쪽지/지침을 소비자에게 4) 총 000건을 발행하였다.)
- 실제 사례 예시(1~2건)

< 병·의원을 통한 쪽지처방 내역 >

(단위: 건)

연번	제품명	거래 병원명	유통방식 (4.에 따라 분류)	운영 기간	쪽지처방 건수
1	제품A	○○○종합병원		'00.0.0 ~ '00.0.0	
2	제품A	△△△의원			
3	제품B	□□□병원			

**③ '21년 5월말 기준 쪽지처방 영업 여부(자진 시정, 향후 시정 계획 등)**

- 자진 시정한 일시, 시정의 주요 내용 설명

시정 전	시정 후
제품명이 기재된 쪽지처방 서식	제품명을 기재하지 않은 쪽지처방 서식 (쪽지처방 방식을 중단한 경우 불필요)

**④ 관련 자료**(아래와 같이 목록을 기재하시고, 자료들은 별도 첨부하시기 바랍니다.)

연번	자료명	비고
1	법인등기부등본 사본	
2	최근 3년간 재무제표(2018~2020)	

※ 예시: 쪽지처방을 통한 영업활동 계획서, 내부 품의서 및 매뉴얼, 쪽지처방 활용 병·의원 제안서, 병·의원 간 계약서, 상품명에 기재된 쪽지처방 용지(샘플 3건), (자진시정의 경우) 시정 후 서식, 시정 계획서 등 신고내용을 설명하거나 증빙할 수 있는 자료

※ 해당 자료에는 각 장마다 명판과 직인을 날인하여 주시기 바랍니다.