

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
 ※ Обратите внимание, что переведенный документ предназначен только для информации при подаче обращения, саму форму следует заполнять и подавать на корейском языке.

제 증 명 신 청 서

Заявление на выдачу свидетельства

본인임을 확인할 수 있는 신분증을 담당공무원에게 제시하여야 합니다.

Предоставьте ответственному должностному лицу документ, удостоверяющий Вашу личность.

발급대상자 (신청인) Получатель (Заявитель)	성명 Фамилия и имя	주민등록번호 (외국인등록번호) Reg. № постоянного жителя (Reg. № иностранного гражданина)	
	연락처 Контактны е данные	주 소 Адрес	

★ 건강진단결과서 **[구-보건증]** ☐ 신규, 만기 ☐ 재발급(남은 기간 사용시) ☐ 타기관발급

★ Медицинское заключение **[предыдущая мед. книжка]** ☐ Новое, истек срок действия ☐ Повторная выдача (срок действия не истек) ☐ Выдача в другом мед. учреждении

업 종 Сферы деятельности	검 사 항 목 Перечень обследований
☐ 식품 (음식점, 마트, 카페, 백화점, 편의점, 어린이집, 기타) (1년에 1회 검진) ☐ Продукты питания (заведения общественного питания, магазины, кафе, торговые центры, круглосуточные магазины, детские сады и пр.) (1 обследование в год)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 Tuberculosis (флюорография), брюшной тиф, бактериальная дизентерия, паратифозные заболевания
☐ 학교급식, 유치원 (6개월에 1회 검진) ☐ Столовые в школах и детских садах (1 обследование каждые 6 месяцев)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 Tuberculosis (флюорография), брюшной тиф, бактериальная дизентерия, паратифозные заболевания
☐ 유흥업소(노래장, 나이트, 단란주점, 안마시술소, 다방 등) ※업주, 주방 / 종사자 ☐ Развлекательная индустрия (караоке, ночные клубы, караоке-бары, массажные центры, чайные заведения и пр.) ※ Владельцы, кухонные работники / обслуживающий персонал	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스, 매독, 클라미디아, 에이즈, 임질 Tuberculosis (флюорография), брюшной тиф, бактериальная дизентерия, паратифозные заболевания, сифилис, хламидиоз, СПИД, гонорея

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
 Болели ли вы туберкулезом? ☐ Да ☐ Нет

★ 건강진단서 ※보건증이 아닙니다.

★ Медицинское заключение ※ Не медицинская книжка.

종 류 Вид	검 사 항 목 Перечень обследований
☐ 건강진단서 ☐ Медицинское заключение	결핵(흉부촬영) Туберкулез(флюорография)
☐ 건강진단서 ☐ Медицинское заключение	결핵(흉부촬영)+B형간염 항원, 항체 Туберкулез(флюорография)+антиген на гепатит В, антитела
☐ 외국인결핵 확인서(출입국관리사무소 제출용) ☐ Справка на туберкулез иностранного гражданина(Для подачи в учреждение по делам миграции)	결핵(흉부촬영) Туберкулез(флюорография)

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
 Болели ли вы туберкулезом? ☐ Да ☐ Нет

개인정보 제공 동의<개인정보 제공 내역>

Согласие на предоставление персональных данных «Сведения о предоставляемых персональных»

제공받는 자 Адресат	제공목적 Цель предоставления данных	제공 항목 Перечень предоставляемых данных	보유기간 Срок хранения
전국 지역보건의료기관 Медицинские и здравоохранительные учреждения РК	건강진단결과서 발급 Выдача медицинского заключения	발급대상자 성명, 주민등록번호, 일련번호, 접수번호, 검진 및 판정일, 검진항목 및 결과 Фамилия и имя заявителя/регистрационный номер постоянного жителя, серийный номер, номер приёма, дата обследования и мед. заключения, перечень обследований и заключение	발급일로부터 3년 3 года со дня выдачи

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 신청 기관에서만 결과서 발급이 가능하며, 타 기관에서는 발급이 불가합니다.

※ Вы имеете право не предоставлять свои персональные данные. Однако в случае отказа получение результатов обследования будет возможным только в учреждении, принимавшем заявку. В центрах общественного здравоохранения других регионов выдача настоящего документа будет невозможной.

위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까? (※미동의시 타기관 발급불가)

Согласны ли вы предоставить Ваши персональные данные с учетом вышеуказанных условий?
 (※ При не соглашении выдача другими учреждениями невозможна)

☐ 동의 ☐ 미동의
☐ Согласен(-а) ☐ Не согласен(-а)

년 월 일
ГГГГ ММ ДД

발급대상자(신청인)
Получатель (Заявитель)

(서명 또는 인)
(подпись или печать)

○○시·군·구보건소

Директору центра общественного
здравоохранения города, уезда,
муниципального района ○○