

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ ចំពោះអត្ថបទបកប្រែ គឺប្រើសម្រាប់ការអាន ដើម្បីដាក់ពាក្យបណ្តឹងឧប្បវេណី, ដូច្នេះសូមកត់ចំណាំថា អ្នកត្រូវតែបំពេញ ហើយដាក់ឯកសារជាភាសាក្នុង នៅក្នុងទម្រង់បែបបទដើម។

제 증 명 신 청 서

លិខិតដាក់ពាក្យសុំការបញ្ជាក់

본인임을 확인할 수 있는 신분증을 담당공무원에게 제시하여야 합니다.

អ្នកត្រូវបង្ហាញអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណដែលអាចបញ្ជាក់ថាអ្នកជាសាមីខ្លួនទៅកាន់មន្ត្រីទទួលបន្ទុក។

발급대상자 (신청인) អ្នកមានសិទ្ធិ កលទ្ធផល (អ្នកដាក់ពាក្យ)	성명 ឈ្មោះ:	주민등록번호 (외국인등록번호) លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ(លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណជនបរទេស)	
	연락처 លេខទូរស័ព្ទ	주 소 អាសយដ្ឋាន	

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

★ លិខិតលទ្ធផលពិនិត្យសុខភាព [លិខិតបញ្ជាក់សុខាភិបាល-ដែលធ្វើពីមុន]

☐ ថ្មី ផុតកំណត់ ☐ ធ្វើថ្មី (នៅពេលប្រើសម្រាប់រយៈពេលនៅសល់) ☐ ចេញដោយស្ថាប័នផ្សេង

업 종 ប្រភេទ	검 사 항 목 មុខបញ្ជីត្រួតពិនិត្យ
☐ 식품 (음식점, 마트, 카페, 백화점, 편의점, 어린이집, 기타) (1년에 1회 검진) ☐ អាហារ (ភោជនីយដ្ឋាន ម៉ាក ហាងកាហ្វេ ផ្សារទំនើប ហាង24ម៉ោង មជ្ឈមណ្ឌលថែទាំកុមារ ផ្សេងៗ) (ពិនិត្យសុខភាព 1ដងក្នុង 1ឆ្នាំ)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 ជំងឺរបេង (ថតកាំរស្មីអ៊ិចទ្រូង), គ្រុនពោះវៀន, រាគរម្ពូល, គ្រុនក្តៅបែបប៉ារ៉ាធីហ្វីអ៊ីត
☐ 학교급식, 유치원 (6개월에 1회 검진) ☐ អាហារនៅសាលា, សាលាមត្តេយ្យ (ពិនិត្យរៀងរាល់ 6ខែម្តង)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 ជំងឺរបេង (ថតកាំរស្មីអ៊ិចទ្រូង), គ្រុនពោះវៀន, រាគរម្ពូល, គ្រុនក្តៅបែបប៉ារ៉ាធីហ្វីអ៊ីត
☐ 유흥업소(노래장, 나이트, 단란주점, 안마시술소, 다방 등) ※업주, 주방 / 종사자 ☐ កន្លែងកម្សាន្ត (ខាវ៉ាអូខេ ភ្លឺបារត្រី បារហាងម៉ាស្សា ហាងកាហ្វេ ជាដើម) ※ម្ចាស់អាជីវកម្ម បុគ្គលិកផ្ទះបាយ / បុគ្គលិកទូទៅ	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스, 매독, 클라미디아, 에이즈, 임질 ជំងឺរបេង (ថតកាំរស្មីអ៊ិចទ្រូង), គ្រុនពោះវៀន, រាគរម្ពូល, គ្រុនក្តៅបែបប៉ារ៉ាធីហ្វីអ៊ីត រោគស្វាយ ជំងឺច្រកប្លោកនោម, ជំងឺអេដស៍, ជំងឺប្រមេរទឹកបាយ

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

◎ តើអ្នកធ្លាប់កើតជំងឺរបេងពីមុនទេ?

☐ បាទ/ចា ☐ ទេ

★ 健康진단서 ※보건증이 아닙니다.

★ លិខិតពិនិត្យសុខភាព ※មិនមែនជាវិញ្ញាបនបត្រសុខភាពទេ។

종 류 ប្រភេទ	검 사 항 목 មុខបញ្ជីត្រួតពិនិត្យ
☐ 健康진단서 ☐ លិខិតពិនិត្យសុខភាព	결핵(흉부촬영) ជំងឺរបេង (ការស្ត្រីអ៊ុចទ្រូង)
☐ 健康진단서 ☐ លិខិតពិនិត្យសុខភាព	결핵(흉부촬영)+B형간염 항원, 항체 ជំងឺរបេង (ការស្ត្រីអ៊ុចទ្រូង) + អង់ទីហ្សែនជំងឺរលាកថ្លើមប្រភេទ B, អង្គបដិប្រាណ
☐ 외국인결핵 확인서(출입국관리사무소 제출용) ☐ លិខិតបញ្ជាក់ជំងឺរបេងជនបរទេស (សម្រាប់ដាក់ទៅការិយាល័យអន្តោប្រវេសន៍)	결핵(흉부촬영) ជំងឺរបេង (ការស្ត្រីអ៊ុចទ្រូង)

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

◎ តើអ្នកធ្លាប់កើតជំងឺរបេងពីមុនទេ?

☐ បាទ/ចា ☐ ទេ

개인정보 제공 동의<개인정보 제공 내역>

ការយល់ព្រមផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន<ព័ត៌មានលម្អិតនៃការផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន>

제공받는 자 អ្នកទទួល	제공목적 គោលបំណងនៃការផ្តល់	제공 항목 មុខបញ្ជីនៃការផ្តល់	보유기간 រយៈពេលរក្សាទុក
전국 지역보건의료기관 ស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រទូទាំងប្រទេស	건강진단결과서 발급 ការចេញលទ្ធផលពិនិត្យសុខភាព	발급대상자 성명, 주민등록번호, 일련번호, 접수번호, 검진 및 판정일, 검진항목 및 결과 ឈ្មោះអ្នកមានសិទ្ធិដកលទ្ធផល / លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ លេខសំគាល់/លេខចុះឈ្មោះ កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ និងការសន្និដ្ឋាន មុខបញ្ជីពិនិត្យ និងលទ្ធផល	발급일로부터 3년 3 ឆ្នាំគិតចាប់ពីថ្ងៃចេញឯកសារ

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

※ អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធមិនយល់ព្រមចំពោះការផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនបាន។ ប៉ុន្តែ

ប្រសិនបើអ្នកបដិសេធមិនយល់ព្រម

នោះមានតែស្ថាប័នសុខភាពដែលបានពិនិត្យសុខភាពអ្នកប៉ុណ្ណោះ អាចចេញលិខិតឱ្យបាន

ហើយអ្នកមិនអាចដកឯកសារនៅតំបន់ផ្សេងបានឡើយ។

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

តើអ្នកយល់ព្រមផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដូចខាងលើទេ? (※ បើអ្នកមិនយល់ព្រម

អ្នកមិនអាចដកលទ្ធផលពីស្ថាប័នផ្សេងបានឡើយ)

- ☐ 동의 ☐ 미동의
☐ យល់ព្រម ☐ មិនយល់ព្រម

년 월 일
ឆ្នាំ ខែ ថ្ងៃ

발급대상자(신청인)
អ្នកមានសិទ្ធិដកលទ្ធផល(អ្នកដាក់ពាក្យ)

(서명 또는 인)
(ហត្ថលេខា ឬត្រា)

○○市・郡・구보건소
មណ្ឌលសុខភាព ក្រុង ស្រុក ○○