

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ Please note that the translation is for reference only when applying for a civil petition, and must be submitted in Korean using the existing Korean format.

제 증 명 신 청 서

Application for Issuance of Certificates

본인임을 확인할 수 있는 신분증을 담당공무원에게 제시하여야 합니다.
You must present an identification document that verifies your identity to the responsible public official.

발급대상자 (신청인) Applicant	성명 Name		주민등록번호 (외국인등록번호) Resident/Alien Registration Number	
	연락처 Phone		주 소 Address	

★ 건강진단결과서 [구-보건증] ☐ 신규, 만기
☐ 재발급(남은 기간 사용시) ☐ 타기관발급
★ Health Examination Certificate (**formerly Health Card**) ☐ New/expiry
☐ Reissuance (for remaining period of use) ☐ Issued by another institution

업 종 Industry	검 사 항 목 Examination Items
☐ 식품 (음식점, 마트, 카페, 백화점, 편의점, 어린이집, 기타) (1년에 1회 검진) ☐ Food (restaurants, supermarkets, cafés, department stores, convenience stores, daycare centers, etc.; annual examination)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 Tuberculosis (chest X-ray), typhoid fever, bacillary dysentery, and paratyphoid fever
☐ 학교급식, 유치원 (6개월에 1회 검진) ☐ School/kindergarten meals (examination every 6 months)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 Tuberculosis (chest X-ray), typhoid fever, bacillary dysentery, and paratyphoid fever
☐ 유흥업소(노래장, 나이트, 단란주점, 안마시술소, 다방 등) ※업주, 주방 / 종사자 ☐ Entertainment establishments (noraebang/karaoke, nightclubs, bars, massage parlors, teahouses, etc.) ※ Owner, kitchen staff, workers	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스, 매독, 클라미디아, 에이즈, 임질 Tuberculosis (chest X-ray), typhoid fever, bacillary dysentery, paratyphoid fever, syphilis, chlamydia, HIV/AIDS, gonorrhea

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
◎ Have you ever had tuberculosis? ☐ Yes ☐ No

★ 건강진단서 ※보건증이 아닙니다.
★ Health Certificate ※ This is NOT a Health Card.

종 류 Type	검 사 항 목 Examination Items
☐ 건강진단서 ☐ Health Certificate	결핵(흉부촬영) Tuberculosis (chest X-ray)
☐ 건강진단서 ☐ Health Certificate	결핵(흉부촬영)+B형간염 항원, 항체 Tuberculosis (chest X-ray) + hepatitis B antigen/antibody
☐ 외국인결핵 확인서(출입국관리사무소 제출용) ☐ Tuberculosis Confirmation for Foreign Nationals (for submission to the Immigration Office)	결핵(흉부촬영) Tuberculosis (chest X-ray)

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
◎ Have you ever had tuberculosis? ☐ Yes ☐ No

개인정보 제공 동의<개인정보 제공 내역>
Consent to the Provision of Personal Information (Details of Personal Information Provided)

제공받는 자 Recipient	제공목적 Purpose	제공 항목 Information Provided	보유기간 Retention Period
전국 지역보건의료기관 National/local public health institutions	건강진단결과서 발급 Issuance of Health Examination Certificate	발급대상자 성명, 주민등록번호, 일련번호, 접수번호, 검진 및 판정일, 검사항목 및 결과 Applicant's name, Resident Registration Number, serial number, application number, date of examination/determination, examination items/results	발급일로부터 3년 3 years from the date of issue

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 신청 기관에서만 결과서 발급이 가능하며, 타 기관에서는 발급이 불가합니다.
※ You have the right to refuse consent to the provision of the personal information listed above. If you refuse, however, the certificate can only be issued by the institution where the application was submitted, and issuance by other institutions will not be possible.
위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까? (※미동의시 타기관 발급불가)
Do you agree to the provision of personal information as described above? (※ If you do not agree, issuance by other institutions will not be possible.)
☐ 동의 ☐ 미동의
☐ Agree ☐ Do not agree

년 월 일
YYYY MM DD

발급대상자(신청인)
Applicant

(서명 또는 인)
(Signature or Seal)

○○시·군·구보건소
The Public Health Center of the
Respective City, County, or District