

※ 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.

건강진단결과서 대리수령 위임장 (개인)

Individual Authorization for Proxy Receipt of Health Examination Certificate

발급대상자 (위임자) Principal (Delegating Person)	성명 Name		생년월일 (외국인등록번호) Date of Birth (Alien Registration Number)	
대리수령인 Proxy Recipient	성명 Name		생년월일 (외국인등록번호) Date of Birth (Alien Registration Number)	
	연락처 Phone		위임자와의 관계 Relationship to Principal	

상기 본인(발급대상자)은 위의 수령인에게 건강진단결과서 대리수령을 위임합니다.

I, the undersigned principal, hereby delegate the above-named recipient to receive the Health Examination Certificate on my behalf.

년 월 일
YYYY MM DD

발급대상자
(위임자)
Principal
(Delegating
Person)

(서명 또는 인)
(Signature or Seal)

○○보건소장

귀하

Submitted to Director of the
Respective Public Health
Center

안내 및 유의사항
Instructions and Notes

- 동 위임장과 함께 발급대상자(위임인) 및 대리수령인 본인임을 확인할 수 있는 서류(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)를 담당 공무원에게 제시하여야 합니다.
- Along with this power of attorney, you must present documents verifying the identities of both the principal and the proxy recipient (with a Resident Registration Card, driver's license, passport, etc.) to the responsible public official.

건강진단결과서 대리수령 위임장 (단체)
Group Authorization for Proxy Receipt of Health Examination
Certificates

< 발급대상자(위임자) >

Principals (Delegating Persons)

성명 Name	생년월일 (외국인등록번호) Date of Birth (Alien Registration Number)	대리수령 위임여부 Proxy Delegation	(O/X) (Y/N)	(서명 또는 인) (Signature or Seal)
성명 Name	생년월일 (외국인등록번호) Date of Birth (Alien Registration Number)	대리수령 위임여부 Proxy Delegation	(O/X) (Y/N)	(서명 또는 인) (Signature or Seal)
성명 Name	생년월일 (외국인등록번호) Date of Birth (Alien Registration Number)	대리수령 위임여부 Proxy Delegation	(O/X) (Y/N)	(서명 또는 인) (Signature or Seal)
성명 Name	생년월일 (외국인등록번호) Date of Birth (Alien Registration Number)	대리수령 위임여부 Proxy Delegation	(O/X) (Y/N)	(서명 또는 인) (Signature or Seal)

		Number)				
성명 Name		생년월일 (외국인등록번호) Date of Birth (Alien Registration Number)		대리수령 위임여부 Proxy Delegation	(O/X) (Y/N)	(서명 또는 인) (Signature or Seal)

< 대리수령인 >

Proxy Recipient

성명 Name		생년월일 (외국인등록번호) Date of Birth (Alien Registration Number)	
연락처 Phone		위임자와의 관계 Relationship to Principal	

상기 본인(발급대상자)은 위의 수령인에게 건강진단결과서 대리수령을 위임합니다.

I, the undersigned principal, hereby delegate the above-named recipient to receive the Health Examination Certificate on my behalf.

년 월 일
YYYY MM DD

○○보건소장

귀하

Submitted to Director of the
Respective Public Health
Center

안내 및 유의사항 Instructions and Notes
<p>○ 동 위임장과 함께 발급대상자(위임인) 및 대리수령인 본인임을 확인할 수 있는 서류(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)를 담당 공무원에게 제시하여야 합니다.</p> <p>○ Along with this power of attorney, you must present documents verifying the identities of both the principal and the proxy recipient (with a Resident Registration Card, driver's license, passport, etc.) to the responsible public official.</p>