

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.

※ Lưu ý bản dịch chỉ mang tính chất tham khảo khi đăng ký các vụ việc dân sự; đơn phải được điền bằng tiếng Hàn theo mẫu tiếng Hàn hiện có.

건강진단결과서 대리수령 위임장 (개인)
GIẤY ỦY QUYỀN NHẬN THAY
GIẤY KẾT QUẢ KIỂM TRA SỨC KHỎE (CÁ NHÂN)

발급대상자 (위임자) Đối tượng cấp (Người uỷ quyền)	성명 Họ tên		생년월일 (외국인등록번호) Năm, tháng, ngày sinh (số đăng ký người nước ngoài)	
대리수령인 Người nhận thay	성명 Họ tên		생년월일 (외국인등록번호) Năm, tháng, ngày sinh (số đăng ký người nước ngoài)	
	연락처 Số điện thoại		위임자와의 관계 Quan hệ với người uỷ quyền	

상기 본인(발급대상자)은 위의 수령인에게 건강진단결과서 대리수령을 위임합니다.
Tôi (đối tượng cấp) uỷ thác cho người nhận nêu trên nhận thay Giấy kết quả kiểm tra sức khỏe.

년 월 일
Năm tháng ngày

발급대상자
(위임자)
Đối tượng cấp
(Người uỷ quyền)

(서명 또는 인)
(Kí tên hoặc đóng dấu)

○○보건소장

귀하

Кính gửi

Giám đốc Trung tâm Y tế○○

안내 및 유의사항	
Hướng dẫn và nội dung lưu ý	
<p>○ 동 위임장과 함께 발급대상자(위임인) 및 대리수령인 본인임을 확인할 수 있는 서류(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)를 담당 공무원에게 제시하여야 합니다.</p> <p>○ Phải xuất trình các giấy tờ có thể xác minh nhân thân của đối tượng cấp (người uỷ quyền) và người nhận thay (thẻ chứng minh thư Hàn, giấy phép lái xe, hộ chiếu, v.v.) cùng với giấy uỷ quyền này cho cán bộ phụ trách.</p>	

건강진단결과서 대리수령 위임장 (단체)

GIẤY ỦY QUYỀN NHẬN THAY

GIẤY KẾT QUẢ KIỂM TRA SỨC KHỎE (TỔ CHỨC)

< 발급대상자(위임자) >

<Đối tượng cấp (Người uỷ quyền)>

성명 Họ tên	생년월일 (외국인등록번호) Năm, tháng, ngày sinh (số đăng ký người nước ngoài)		대리수령 위임여부 Có uỷ quyền nhận thay không	(O/X)	(서명 또는 인) (Kí tên hoặc đóng dấu)
성명 Họ tên	생년월일 (외국인등록번호) Năm, tháng, ngày sinh (số đăng ký người nước ngoài)		대리수령 위임여부 Có uỷ quyền nhận thay không	(O/X)	(서명 또는 인) (Kí tên hoặc đóng dấu)
성명 Họ tên	생년월일 (외국인등록번호) Năm, tháng, ngày sinh (số đăng ký người nước ngoài)		대리수령 위임여부 Có uỷ quyền nhận thay không	(O/X)	(서명 또는 인) (Kí tên hoặc đóng dấu)
성명 Họ tên	생년월일 (외국인등록번호) Năm, tháng, ngày sinh (số đăng ký người nước ngoài)		대리수령 위임여부 Có uỷ quyền nhận thay không	(O/X)	(서명 또는 인) (Kí tên hoặc đóng dấu)
성명 Họ tên	생년월일 (외국인등록번호) Năm, tháng, ngày sinh (số đăng ký người nước ngoài)		대리수령 위임여부 Có uỷ quyền nhận thay không	(O/X)	(서명 또는 인) (Kí tên hoặc đóng dấu)

< 대리수령인 > < Người nhận thay >			
성명 Họ tên		생년월일 (외국인등록번호) Năm, tháng, ngày sinh (số đăng ký người nước ngoài)	
연락처 Số điện thoại		위임자와의 관계 Quan hệ với người uỷ quyền	

상기 본인(발급대상자)은 위의 수령인에게 건강진단결과서 대리수령을 위임합니다.
Tôi (đối tượng cấp) ủy thác cho người nhận nêu trên nhận thay Giấy kết quả kiểm tra sức khỏe.

 년 월 일
 Năm tháng ngày

○○보건소장

귀하

 Kính gửi

 Giám đốc Trung tâm Y tế○○

<div>안내 및 유의사항</div> <div>Hướng dẫn và nội dung lưu ý</div> <div><div>○ 동 위임장과 함께 발급대상자(위임인) 및 대리수령인 본인임을 확인할 수 있는 서류(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)를 담당 공무원에게 제시하여야 합니다.</div><div>○ Phải xuất trình các giấy tờ có thể xác minh nhân thân của đối tượng cấp (người uỷ quyền) và người nhận thay (thẻ chứng minh thư Hàn, giấy phép lái xe, hộ chiếu, v.v.) cùng với giấy uỷ quyền này cho cán bộ phụ trách.</div></div>
--