※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ Энэхүү орчуулга нь зөвхөн лавлах зориулалттай бөгөөд та солонгос хэл дээрх маягтыг зөвхөн солонгос хэлээр бөглөж ирүүлэх шаардлагатайг анхаарна уу.

# 건강진단결과서 대리수령 위임장 [개인]
# Эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуг төлөөлөн хүлээн авах итгэмжлэл (хувь хүн)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 발급대상자<br>(위임자)<br>Хүсэлт гаргагч<br>(итгэмжлэгч) | 성명<br>Овог нэр | | 생년월일<br>(외국인등록번호)<br>Төрсөн огноо<br>(гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар) | |
| 대리수령인<br>Төлөөлөн хүлээн авагч | 성명<br>Овог нэр | | 생년월일<br>(외국인등록번호)<br>Төрсөн огноо<br>(гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар) | |
| | 연락처<br>Утасны дугаар | | 위임자와의 관계<br>Итгэмжлэгчтэй ямар холбоотой болох | |

상기 본인(발급대상자)은 위의 수령인에게 건강진단결과서 대리수령을 위임합니다.
Миний бие(хүсэлт гаргагч) нь дээрх төлөөлөн хүлээн авагчид эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуг төлөөлөн хүлээн авахыг хариуцуулан итгэмжилж байна.

년 월 일
он сар өдөр

발급대상자
(위임자)
Хүсэлт гаргагч
(итгэмжлэгч) (서명 또는 인)
(гарын үсэг, тамга)

**○○보건소장** 귀하

**○○ Эрүүл мэндийн төвийн дарга** танаа

| 안내 및 유의사항<br>**Заавар болон анхаарах зүйлс** |
|---|
| ○ 동 위임장과 함께 발급대상자(위임인) 및 대리수령인 본인임을 확인할 수 있는 서류(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)를 담당 공무원에게 제시하여야 합니다. |
| ○ Уг итгэмжлэлийн хамт хүсэлт гаргагч (итгэмжлэгч) болон түүнийг төлөөлөн хүлээн авагчийг мөн эсэхийг шалгах бичиг баримт (иргэний үнэмлэх, жолооны үнэмлэх, гадаад паспорт гэх мэт)-аа хариуцсан төрийн албан хаагчид шалгуулна. |

# 건강진단결과서 대리수령 위임장 【단체】
# Эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуг төлөөлөн хүлээн авах итгэмжлэл (байгууллага)

**< 발급대상자(위임자) >**

**< Хүсэлт гаргагч (итгэмжлэгч) >**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 성명<br>Овог нэр | | 생년월일<br>(외국인등록번호)<br>Төрсөн огноо<br>(гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар) | | 대리수령 위임여부<br>Төлөөлөн хүлээн авах итгэмжлэл олгосон эсэх | (O/X) | (서명 또는 인)<br>(гарын үсэг, тамга) |
| 성명<br>Овог нэр | | 생년월일<br>(외국인등록번호)<br>Төрсөн огноо<br>(гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар) | | 대리수령 위임여부<br>Төлөөлөн хүлээн авах итгэмжлэл олгосон эсэх | (O/X) | (서명 또는 인)<br>(гарын үсэг, тамга) |
| 성명<br>Овог нэр | | 생년월일<br>(외국인등록번호)<br>Төрсөн огноо<br>(гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар) | | 대리수령 위임여부<br>Төлөөлөн хүлээн авах итгэмжлэл олгосон эсэх | (O/X) | (서명 또는 인)<br>(гарын үсэг, тамга) |
| 성명<br>Овог нэр | | 생년월일<br>(외국인등록번호)<br>Төрсөн огноо<br>(гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар) | | 대리수령 위임여부<br>Төлөөлөн хүлээн авах итгэмжлэл олгосон эсэх | (O/X) | (서명 또는 인)<br>(гарын үсэг, тамга) |
| 성명<br>Овог нэр | | 생년월일<br>(외국인등록번호)<br>Төрсөн огноо<br>(гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар) | | 대리수령 위임여부<br>Төлөөлөн хүлээн авах итгэмжлэл олгосон эсэх | (O/X) | (서명 또는 인)<br>(гарын үсэг, тамга) |

**< 대리수령인 >**
**< Төлөөлөн хүлээн авагч >**

| | | | |
|---|---|---|---|
| 성명<br>Овог нэр | | 생년월일<br>(외국인등록번호)<br>Төрсөн огноо<br>(гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар) | |
| 연락처<br>Утасны дугаар | | 위임자와의 관계<br>Итгэмжлэгчтэй ямар холбоотой болох | |

상기 본인(발급대상자)은 위의 수령인에게 건강진단결과서 대리수령을 위임합니다.
Миний бие(хүсэлт гаргагч) нь дээрх төлөөлөн хүлээн авагчид эрүүл мэндийн шинжилгээний хариуг төлөөлөн хүлээн авахыг хариуцуулан итгэмжилж байна.

년 월 일
он сар өдөр

**○○보건소장** 귀하

**○○ Эрүүл мэндийн төвийн дарга** танаа

**안내 및 유의사항**
**Заавар болон анхаарах зүйлс**

○ 동 위임장과 함께 발급대상자(위임인) 및 대리수령인 본인임을 확인할 수 있는 서류(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)를 담당 공무원에게 제시하여야 합니다.

○ Уг итгэмжлэлийн хамт хүсэлт гаргагч (итгэмжлэгч) болон түүнийг төлөөлөн хүлээн авагчийг мөн эсэхийг шалгах бичиг баримт (иргэний үнэмлэх, жолооны үнэмлэх, гадаад паспорт гэх мэт)-аа хариуцсан төрийн албан хаагчид шалгуулна.