※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ **Ang pagsasalin na ito ay para lamang sa sanggunian kapag magsusumite ng kahilingan sa ahensya ng gobyerno, at kailangang isumite sa wikang Korean gamit ang opisyal na Korean na form.**

건강진단결과서 대리수령 위임장 (개인)
Power of Attorney para sa Pagtanggap ng Resulta ng Pagsusuri sa Kalusugan (Indibidwal)

발급대상자 (위임자) Taong Nagpapa-isyu (Taong nagbibigay ng Power of Attorney)	성명 Pangalan		생년월일 (외국인등록번호) Kapanganakan (Numero ng dayuhang rehistrado)	
대리수령인 Kinatawan ng sa Pagtanggap	성명 Pangalan		생년월일 (외국인등록번호) Kapanganakan (Numero ng dayuhang rehistrado)	
	연락처 Contact Number		위임자와의 관계 Relasyon sa nagbibigay ng Power of Attorney	

상기 본인(발급대상자)은 위의 수령인에게 건강진단결과서 대리수령을 위임합니다.
Ang taong nabanggit sa itaas (taong nagpapa-isyu) ay ipinagkatiwala sa nabanggit na tatanggap na tanggapin ang resulta ng pagsusuri sa kalusugan para sa kanya.

년 월 일
Taon_____Buwan_____Araw_____

발급대상자 (위임자)
Taong Nagpapa-isyu (Taong nagbibigay ng Power of Attorney)

(서명 또는 인)
(lagda o selyo)

○○보건소장 귀하
Sa Direktor ng ○○ Public Health Center

안내 및 유의사항
Gabay at Paalala

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

○ Ang power of attorney na ito ay dapat iharap sa opisyal na kinauukulan kasama ng mga dokumento (resident registration card, numero ng lisensya sa pagmamaneho, numero ng pasaporte, atbp.) na nagpapatunay sa pagkakakilanlan ng taong nagpapa-isyu (taong nagbigay ng Power of Attorney) at ang tatanggap nito.

건강진단결과서 대리수령 위임장 (단체)

Power of Attorney para sa Pagtanggap ng Resulta ng Pagsusuri sa Kalusugan (Organisasyon)

< 발급대상자(위임자) >

<Taong Nagpapa-isyu (Taong nagbigay ng Power of Attorney)>

성명 Pangalan		생년월일 (외국인등록번호 Kapanganakan (Numero ng dayuhang rehistrado)		대리수령 위임여부 Kung nagbigay ng awtoridad sa pagtanggap	(O/X) (O/X)	(서명 또는 인) (lagda o selyo)
성명 Pangalan		생년월일 (외국인등록번호 Kapanganakan (Numero ng dayuhang rehistrado)		대리수령 위임여부 Kung nagbigay ng awtoridad sa pagtanggap	(O/X) (O/X)	(서명 또는 인) (lagda o selyo)
성명 Pangalan		생년월일 (외국인등록번호 Kapanganakan (Numero ng dayuhang rehistrado)		대리수령 위임여부 Kung nagbigay ng awtoridad sa pagtanggap	(O/X) (O/X)	(서명 또는 인) (lagda o selyo)
성명 Pangalan		생년월일 (외국인등록번호 Kapanganakan (Numero ng dayuhang rehistrado)		대리수령 위임여부 Kung nagbigay ng awtoridad sa pagtanggap	(O/X) (O/X)	(서명 또는 인) (lagda o selyo)
성명 Pangalan		생년월일 (외국인등록번호 Kapanganakan (Numero ng dayuhang rehistrado)		대리수령 위임여부 Kung nagbigay ng awtoridad sa pagtanggap	(O/X) (O/X)	(서명 또는 인) (lagda o selyo)

< 대리수령인 >

<Tumatanggap>

성명 Pangalan		생년월일 (외국인등록번호) Kapanganakan (Numero ng dayuhang rehistrado)	
연락처 Contact Number		위임자와의 관계 Relasyon sa nagbibigay ng Power of Attorney	

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

Ang taong nabanggit sa itaas (taong nagpapa-isyu) ay ipinagkatiwala sa nabanggit na tatanggap na tanggapin ang resulta ng pagsusuri sa kalusugan para sa kanya.

년 월 일
Taon_____Buwan_____Araw_____

○○보건소장 귀하
Sa Direktor ng ○○ Public Health Center

안내 및 유의사항 **Gabay at Paalala**
○ 동 위임장과 함께 발급대상자(위임인) 및 대리수령인 본인임을 확인할 수 있는 서류(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)를 담당 공무원에게 제시하여야 합니다.
○ Ang power of attorney na ito ay dapat iharap sa opisyal na kinauukulan kasama ng mga dokumento (resident registration card, numero ng lisensya sa pagmamaneho, numero ng pasaporte, atbp.) na nagpapatunay sa pagkakakilanlan ng taong nagpapa-isyu (taong nagbigay ng Power of Attorney) at ang tatanggap nito.