※ 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.

제 증 명 신 청 서

Тодорхойлолт авах хүсэлт

본인임을 확인할 수 있는 신분증을 담당공무원에게 제시하여야 합니다.

Өөрөө мөн эсэхийг нотлох үүднээс биеийн байцаалтаа хариуцсан төрийн албан хаагчид үзүүлэх шаардлагатай.

발급대상자 (신청인) **Тодорхойлолт авах этгээд (хүсэлт гаргагч)**	성명 **Овог нэр**		주민등록번호 (외국인등록번호) **Регистрийн дугаар (Гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар)**	
	연락처 **Утасны дугаар**		주 소 **Хаяг**	

★ 건강진단결과서 [구-보건증]

☐ 신규, 만기 ☐ 재발급(남은 기간 사용시) ☐ 타기관발급

★ Эрүүл мэндийн шинжилгээний хариу [Хуучнаар-эрүүл мэндийн дэвтэр]

☐ **шинээр авах, хугацаа дууссан** ☐ **дахин авах (үлдсэн хугацааг ашиглах тохиолдолд)**

☐ **бусад байгууллагаас авах**

업 종 **Үйл ажиллагааны төрөл**	검 사 항 목 **Шинжилгээний төрөл**
☐ 식품 (음식점, 마트, 카페, 백화점, 편의점, 어린이집, 기타) (1년에 1회 검진) ☐ **Хүнс** (Хоолны газар, супермаркет, кафе, их дэлгүүр, 24 цагийн дэлгүүр, цэцэрлэг, бусад) **(1 жилд 1 удаа хамрагдах)**	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 Сүрьеэ(цээжний рентген зураг), гэдэсний хижиг, бактерийн гаралтай цусан суулга, гэдэсний халдварт өвчин
☐ 학교급식, 유치원 (6개월에 1회 검진) ☐ **Сургуулийн хоол бэлтгэн нийлүүлэгч, цэцэрлэгийн (6 сард 1 удаа хамрагдах)**	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 Сүрьеэ(цээжний рентген зураг), гэдэсний хижиг, бактерийн гаралтай цусан суулга, гэдэсний халдварт өвчин

☐ **유흥업소**(노래장, 나이트, 단란주점, 안마시술소, 다방 등) **※업주, 주방 / 종사자** ☐ **Шөнийн цэнгээний газар** (караоке, шөнийн клуб, уушийн газар, массаж, цайны газар гэх мэт) **※Эрхлэгч, гал тогооны ажилчин / үйлчилгээний ажилчин**	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스, 매독, 클라미디아, 에이즈, 임질 Сүрьеэ (цээжний рентген зураг), гэдэсний хижиг, бактерийн гаралтай цусан суулга, гэдэсний халдварт өвчин

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

◎ **Өмнө нь сүрьеэгээр өвдөж байсан эсэх?** ☐ **Тийм** ☐ **Үгүй**

★ 건강진단서 ※보건증이 아닙니다.

★ Эрүүл мэндийн шинжилгээний хуудас ※Эрүүл мэндийн дэвтэр биш.

종 류 **Төрөл**	검 사 항 목 **Шинжилгээний төрөл**
☐ 건강진단서 ☐ **Эрүүл мэндийн шинжилгээний хуудас**	결핵(흉부촬영) Сүрьеэ (цээжний рентген зураг)
☐ 건강진단서 ☐ **Эрүүл мэндийн шинжилгээний хуудас**	결핵(흉부촬영)+B형간염 항원, 항체 Сүрьеэ (цээжний рентген зураг)+элэгний В вирусийн эсрэг төрөгч, эсрэг бие
☐ 외국인결핵 확인서(출입국관리사무소 제출용) ☐ **Гадаад иргэний сүрьеэгийн шинжилгээний тодорхойлолт** (улсын хилээр орж гарах асуудал эрхэлсэн албан газарт өгөх)	결핵(흉부촬영) Сүрьеэ (цээжний рентген зураг)

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

◎ **Өмнө нь сүрьеэгээр өвдөж байсан эсэх?** ☐ **Тийм** ☐ **Үгүй**

개인정보 제공 동의<개인정보 제공 내역>

Хувийн мэдээлэл ашиглах зөвшөөрөл <шаардлагатай хувийн мэдээллийн жагсаалт>

제공받는 자 Хувийн мэдээлэл авах этгээд	제공목적 Ашиглах зорилго	제공 항목 Хувийн мэдээллийн агуулга	보유기간 Хадгалах хугацаа
전국 지역보건의료기관 Улсын хэмжээнд бүх орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллага	건강진단결과서 발급 Эрүүл мэндийн шинжилгээний хариу олгох	발급대상자 성명, 주민등록번호, 일련번호, 접수번호, 검진 및 판정일, 검진항목 및 결과 Хариу авах этгээдийн овог нэр, регистрийн дугаар, серийн дугаар, хүлээн авсан бүртгэлийн дугаар, шинжилгээ болон дүгнэлт гарах өдөр, шинжилгээний төрөл, хариу	발급일로부터 3년 Олгосон өдрөөс хойш 3 жил

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우 신청 기관에서만 결과서 발급이 가능하며, 타 기관에서는 발급이 불가합니다.

※ Дээрх хувийн мэдээллээ өгөхөөс татгалзах эрхтэй. Гэхдээ ашиглахыг зөвшөөрөхгүй тохиолдолд зөвхөн шинжилгээ өгсөн эрүүл мэндийн байгууллагаас шинжилгээний хариу авах бөгөөд бусад өөр эрүүл мэндийн байгууллагаас олгох боломжгүй болно

위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까? (※미동의시 타기관 발급불가)

Дээрхийн адилаар хувийн мэдээллээ өгөхийг зөвшөөрч байна уу? (※Зөвшөөрөхгүй тохиолдолд бусад байгууллагаас олгох боломжгүй.)

☐ 동의 ☐ 미동의

☐ **Зөвшөөрч байна** ☐ **Зөвшөөрөхгүй**

년 월 일
он сар өдөр

발급대상자(신청인) (서명 또는 인)
Хариу авах этгээд (хүсэлт гаргагч) (гарын үсэг, тамга)

○○시·군·구보건소

○○ Хот·сум·дүүргийн эрүүл мэндийн төв