

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해 주시기 바랍니다.
※ こちらの翻訳文は民願申請の参考用であり、提出時には既存の韓国語の書式に韓国語でご記入くださいますようお願いいたします。

제 증 명 신 청 서

諸証明申請書

본인임을 확인할 수 있는 신분증을 담당공무원에게 제시하여야 합니다.
本人であることを確認できる身分証を担当公務員に提示してください。

발급대상자 (신청인) 発給対象者 (申請人)	성명 氏名	주민등록번호 (외국인등록번호) 住民登録番号 (外国人登録番号)	
	연락처 連絡先	주 소 住所	

- ★ 건강진단결과서 [구-보건증] ☐ 신규, 만기 ☐ 재발급(남은 기간 사용시) ☐ 타기관발급
★ 健康診断結果書 [旧保健証] ☐ 新規, 満期 ☐ 再発給 (残りの期間使用する場合) ☐ 他機関発給

업 종 業種	검 사 항 목 検査項目
☐ 식품 (음식점, 마트, 카페, 백화점, 편의점, 어린이집, 기타) (1년에 1회 검진) ☐ 食品 (飲食店、スーパー、カフェ、デパート、コンビニエンスストア、保育園、その他) (1年に1回検診)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 結核 (胸部レントゲン)、腸チフス、細菌性赤痢、パラチフス
☐ 학교급식, 유치원 (6개월에 1회 검진) ☐ 学校給食、幼稚園 (6ヶ月に1回検診)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 結核 (胸部レントゲン)、腸チフス、細菌性赤痢、パラチフス
☐ 유흥업소(노래장, 나이트, 단란주점, 안마시술소, 다방 등) ※업주, 주방 / 종사자 ☐ 遊興施設 (カラオケ、ナイトクラブ、カラオケパブ、マッサージ施設、喫茶店等) ※事業主、厨房/従事者	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스, 매독, 클라미디아, 에이즈, 임질 結核 (胸部レントゲン)、腸チフス、細菌性赤痢、パラチフス、梅毒、クラミジア、エイズ、淋病

- ◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
◎ 過去に結核を患ったことがありますか? ☐ はい ☐ いいえ

★ 건강진단서 ※보건증이 아닙니다.
★ 健康診断書 ※保健証ではありません。

종 류 種類	검 사 항 목 検査項目
☐ 건강진단서 ☐ 健康診断書	결핵(흉부촬영) 結核(胸部レントゲン)
☐ 건강진단서 ☐ 健康診断書	결핵(흉부촬영)+B형간염 항원, 항체 結核(胸部レントゲン)+B型肝炎抗原、抗体
☐ 외국인결핵 확인서(출입국관리사무소 제출용) ☐ 外国人結核確認書(出入国管理事務所提出用)	결핵(흉부촬영) 結核(胸部レントゲン)

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
◎ 過去に結核を患ったことがありますか? ☐ はい ☐ いいえ

개인정보 제공 동의<개인정보 제공 내역>
個人情報提供に対する同意<個人情報提供内訳>

제공받는 자 提供を受ける者	제공목적 提供目的	제공 항목 提供項目	보유기간 保存期間
전국 지역보건의료기관 全国の 地域保健医療機関	건강진단결과서 발급 健康診断結果書の発給	발급대상자 성명, 주민등록번호, 일련번호, 접수번호, 검진 및 판정일, 검진항목 및 결과 発給対象者の氏名、住民登録番号、一連番号、 受付番号、検診及び判定日、検診項目及び結果	발급일로부터 3년 発給日から3年

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. 그러나 동의를 거부할 경우
신청 기관에서만 결과서 발급이 가능하며, 타 기관에서는 발급이 불가합니다.
※ あなたには、上記の個人情報の提供に対する同意を拒否する権利があります。しかし、同意を
拒否する場合、検査を受けた保健機関でのみ結果書を発給でき、他の機関では発給できません。
위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까? (※미동의시 타기관 발급불가)
上記の通り個人情報を提供することに同意しますか? (※同意しない場合、他機関での発給は不可)
☐ 동의 ☐ 미동의
☐ 同意する ☐ 同意しない

	년 年	월 月	일 日
발급대상자(신청인) 発給対象者(申請人)	(서명 또는 인) (署名又は印)		

○○市·군·구보건소

○○市·郡·区保健所