※ 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.

[서식 제 1호]
[1-р маягт]

건강진단결과서(보건증) 발급 신청서

Эрүүл мэндийн оношилгооны хариу (Эрүүл мэндийн дэвтэр) авах хүсэлт

발급대상자 (신청인) Хариу авах этгээд (хүсэлт гаргагч)	성명 Овог нэр		주민등록번호 (외국인등록번호) Регистрийн дугаар (Гадаад иргэний бүртгэлийн дугаар)	
	연락처 Утасны дугаар		주소 Хаяг	

신청구분 Хүсэлтийн ангилал	☐ 검사 ☐ 기 발급 보건증 재출력 ☐ Шинжилгээ ☐ Өмнө нь авсан эрүүл мэндийн дэвтрийг дахин хэвлэж авах
신청유형 Хүсэлтийн төрөл	☐ 식품분야 ☐ 학교, 유치원 (6개월) ☐ 유흥분야 ☐ Хоол хүнсний салбар ☐ Сургууль, цэцэрлэг (6 сар) ☐ Зугаа цэнгэлийн салбар ☐ 기타 ( ) ☐ Бусад ( )

개인 정보 제공 동의 Хувийн мэдээлэл ашиглах зөвшөөрөл

<개인정보 제공 내역>
<Хувийн мэдээлэл ашиглах агуулга>

제공받는 자 Хувийн мэдээлэл авах этгээд	제공목적 Ашиглах зорилго	제공 항목 Хувийн мэдээллийн агуулга	보유기간 Хадгалах хугацаа
전국 지역 보건 의료 기관 Улсын хэмжээнд бүх орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллага	건강진단결과서 발급 Эрүүл мэндийн оношилгооны 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 шинжилгээний хариу гарах өдөр, шинжилгээний төрөл болон хариу	발급일로부터 3년 Олгосон өдрөөс хойш 3 жил

※ 위의 개인정보 제공에 대한 동의를 거부할 권리가 있습니다. **그러나 동의를 거부할 경우 검사한 보건기관에서만 결과서 발급이 가능하며, 타 지역 보건기관에서는 발급이 불가합니다.**

※ Дээрх хувийн мэдээлэл ашиглахаас татгалзах эрхтэй. **Гэхдээ, ашиглахыг зөвшөөрөхгүй тохиолдолд зөвхөн шинжилгээ өгсөн эрүүл мэндийн байгууллагаас л шинжилгээний хариу авах боломжтой бөгөөд бусад орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллагаас олгох боломжгүй болно.**

위와 같이 개인정보를 제공하는데 동의하십니까?
Дээрхийн адил хувийн мэдээллээ өгөхийг зөвшөөрч байна уу?

☐ 동의 ☐ 미동의

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

2024년 월 일
2024 он сар өдөр

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

○○**보건소장** 귀하
○○**Эрүүл мэндийн төвийн дарга** танаа

안내 및 유의사항
Заавар болон анхаарах зүйлс

○ 동 신청서와 함께 발급대상자 본인임을 확인할 수 있는 서류(주민등록증, 운전면허증, 여권, 청소년증 등)를 담당 공무원에게 제시하여야 합니다.

○ Уг хүсэлттэй хамт хариу авах этгээдийн биеийн байцаалтыг шалгах бичиг баримт (иргэний үнэмлэх, жолооны үнэмлэх, гадаад паспорт, насанд хүрээгүй гэрчилгээ гэх мэт)-ыг хариуцсан төрийн албан хаагчид үзүүлэн шалгуулна.

○ **건강진단결과서 수령을 신청기관이 아닌 타 지역 보건의료기관에서 하실 경우, 개인정보 제공에 동의하여야 합니다.**

○ **Эрүүл мэндийн оношилгооны хариу хүлээн авах хүсэлт гаргасан байгууллага биш өөр орон нутгийн эрүүл мэндийн байгууллагаас авах тохиолдолд хувийн мэдээллээ өгөхийг зөвшөөрөх ёстой.**

○ 건강진단결과서는 검사 후 세균배양 및 판정 등에 시일이 소요됨에 따라 검사일로부터 약 5일 이후 수령이 가능하며, 정확한 소요기간은 담당 공무원에게 문의하시기 바랍니다.

○ Эрүүл мэндийн оношилгооны хариу нь шинжилгээ өгснөөс хойш бактери үржүүлэх болон дүгнэлт гаргах зэргээс хамааран хугацаа шаардагдах тул шинжилгээ өгснөөс ойролцоогоор 5 өдрийн дараа хүлээн авах боломжтой ба тодорхой хугацааг хариуцсан ажилтнаас лавлахыг хүсье.

○ 건강진단결과서 수령은 검사기관을 방문하지 않아도 **온라인***을 통해 발급받으실 수 있습니다.
*e보건소 공공보건포털(http://www.e-health.go.kr) 또는 정부24(www.gov.kr)에서 발급 가능

○ Эрүүл мэндийн оношилгооны хариуг заавал очиж авахгүйгээр **онлайнаар*** дамжуулан авах боломжтой.
*Цахим эрүүл мэндийн төвийн нийтийн эрүүл мэндийн портал (http://www.e-health.go.kr) эсвэл засаглал24 (www.gov.kr) сайтаас хэвлэж авах боломжтой.