※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.

※ Ushbu tarjimadan ariza topshirayotganingizda qo‘llanma sifatida foydalanishingiz mumkin bo‘lib, arizani koreys tilida koreys blankasini to‘ldirib, topshirishingiz kerak ekanligini yodda tuting.

제 증 명 신 청 서

Ma’lumotnoma olish uchun ariza

본인임을 확인할 수 있는 신분증을 담당공무원에게 제시하여야 합니다.

Shaxsni tasdiqlovchi hujjat mas’ul davlat xizmatchisiga ko‘rsatilishi kerak.

발급대상자 (신청인) Hujjat berilishi kerak bo‘lgan shaxs (ariza beruvchi)	성명 F.I.O.		주민등록번호 (외국인등록번호) Rezidentning ro‘yxatga olish raqami (chet el fuqarosining ro‘yxatga olish raqami)	
	연락처 Telefon raqami		주 소 Manzil	

★ 건강진단결과서[구-보건증] ☐ 신규, 만기 ☐ 재발급(남은 기간 사용시) ☐ 타기관발급

★ **Tibbiy ko‘rik natijasining xulosasi[eski-salomatlik to‘g‘risidagi guvohnoma]**

☐ **Yangi, amal qilish muddatining tugashi** ☐ **Qayta olish (qolgan muddat davomida foydalanish)** ☐ **Boshqa muassasada olish**

업 종 Tadbirkorlik faoliyat turi	검 사 항 목 Tekshiruv punktlari
☐ 식품 (음식점, 마트, 카페, 백화점, 편의점, 어린이집, 기타) (1년에 1회 검진) ☐ **Oziq-ovqat** (ovqatlanish joyi, do‘kon, kafe, savdo markazi, 24 soatlik do‘kon, bolalar bog‘chasi, boshqalar) (**1 yilda 1 marta tekshiruv**)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 Sil (ko‘krak rentgeni), qorin tifi, bakterial dizenteriya, paratif
☐ 학교급식, 유치원 (6개월에 1회 검진) ☐ **Maktab oshxonasi, bog‘cha** (**6 oyda 1 marta tekshiruv**)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 Sil (ko‘krak rentgeni), qorin tifi, bakterial dizenteriya, paratif
☐ 유흥업소(노래장, 나이트, 단란주점, 안마시술소, 다방 등) ※업주, 주방 / 종사자 ☐ **Ko‘ngilochar muassasalar**(karaoke, tungi klub, dam olish klubi, massaj salonlari, choyxona h.k) ※**biznes egasi, oshxona / xodim**	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스, 매독, 클라미디아, 에이즈, 임질 Sil (ko‘krak rentgeni), qorin tifi, bakterial dizenteriya, paratif, sifilis, xlamidiya, OITS, gonoreya

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

◎ **Oldin sil kasalligiga chalinganmisiz?** ☐ **Ha** ☐ **Yo‘q**

★ 건강진단서 ※보건증이 아닙니다.

★ Tibbiy ko‘rik natijasi ※salomatlik to‘g‘risidagi guvohnoma emas.

종 류 Turi	검 사 항 목 Tekshiruv punktlari
☐ 건강진단서 ☐ **Tibbiy ko‘rik natijasi**	결핵(흉부촬영) Sil (ko‘krak rentgeni)
☐ 건강진단서 ☐ **Tibbiy ko‘rik natijasi**	결핵(흉부촬영)+B형간염 항원, 항체 Sil (ko‘krak rentgeni) + gepatit B virusi antigeni, antitana
☐ **외국인결핵 확인서**(출입국관리사무소 제출용) ☐ **Chet el fuqarolari uchun sil kasalligi tasdiqnomasi** (Immigratsiyani nazorat qilish idoralariga taqdim etish uchun)	결핵(흉부촬영) Sil (ko‘krak rentgeni)

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

◎ **Oldin sil kasalligiga chalinganmisiz?** ☐ **Ha** ☐ **Yo‘q**

개인정보 제공 동의<개인정보 제공 내역>

Shaxsiy ma’lumotlarni taqdim etish uchun rozilik <shaxsiy ma’lumotlarni taqdim etish mazmuni>

제공받는 자 Taqdim etiluvchi	제공목적 Taqdim etilishidan maqsad	제공 항목 Taqdim etiladigan punktlar	보유기간 Saqlash muddati
전국 지역보건의료기관 Respublika hududiy salomatlik tibbiyot muassasalari	건강진단결과서 발급 Tibbiy ko‘rik natijasini olish	발급대상자 성명, 주민등록번호, 일련번호, 접수번호, 검진 및 판정일, 검진항목 및 결과 Oluvchi shaxsning F.I.O., rezidentning ro‘yxatga olish raqami, seriya raqami, qabul raqami, tekshiruv va xulosa sanasi, tekshiruv punktlari va natijalari	발급일로부터 3년 olingan sanadan boshlab 3 yil

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

※ **Siz shaxsiy ma’lumotlaringizni yig‘ish va ulardan foydalanish uchun rozilik berishni rad etish huquqiga egasiz. Biroq, rozilik bildirishni rad etsangiz, faqat ariza topshirilgan muassasadan natija xulosasini olishingiz mumkin bo‘lib, boshqa muassasadan olishni iloji yo‘q.**

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

Yuqoridagidek shaxsiy ma’lumotlaringizni taqdim etishga rozilik bildirasizmi?
(※ Rozilik bildirmasangiz, boshqa tashkilotlarda chiqartirib olishning ilojisi bo'lmaydi)

☐ 동의 ☐ 미동의

☐ **rozilik bildiraman** ☐ **rozilik bildirmayman**

년 월 일
yil oy kun

발급대상자(신청인) (서명 또는 인)
Oluvchi shaxs (ariza beruvchi) **(imzo yoki muhr)**

○○시·군·구보건소

○○Shahar, okrug, tuman Jamoat salomatlik markazi