

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

※ ฉบับแปลนี้มิใช่สำหรับใช้ในการอ้างอิงเพื่อการยื่นคำร้อง กรุณากรอกข้อมูลในแบบฟอร์มภาษาเกาหลีแล้วส่ง

제 증명 신청서

แบบคำขออนุญาตรับรองต่างๆ

본인임을 확인할 수 있는 신분증을 담당공무원에게 제시하여야 합니다.

ต้องยื่นบัตรประจำตัวที่สามารถยืนยันตัวตนให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

발급대상자 (신청인) ผู้มีคุณสมบัติ ขอรับ (ผู้ยื่นคำขอ)	성명 นามสกุล- ชื่อ	주민등록번호 (외국인등록번호) เลขประจำตัว ประชาชน (เลขประจำตัว คนต่างด้าว)	
	연락처 หมายเลข ติดต่อ	주소 ที่อยู่	

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

★ หนังสือผลการตรวจสุขภาพ [ชื่อเดิม-ใบรับรองสุขภาพ]

☐ ใหม่, ครบกำหนด ☐ ออกใหม่(กรณีใช้ระยะเวลาที่เหลืออยู่) ☐ ออกโดยหน่วยงานอื่น

업종 ประเภทธุรกิจ	검사항목 รายการตรวจ
☐ 식품 (음식점, 마트, 카페, 백화점, 편의점, 어린이집, 기타) (1년에 1회 검진) ☐ เครื่องบริโภค (ร้านอาหาร, มาร์ท, ร้านกาแฟ, ห้างสรรพสินค้า, ร้านสะดวกซื้อ, สถานรับเลี้ยงเด็ก และอื่นๆ) (การตรวจสุขภาพปีละครั้ง)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 วัณโรค (เอ็กซเรย์หน้าอก), ไข้ไทฟอยด์, โรคบิดไม่มีตัว และไข้ไทฟอยด์
☐ 학교급식, 유치원 (6개월에 1회 검진) ☐ อาหารโรงเรียน, โรงเรียนอนุบาล (การตรวจสุขภาพ 1 ครั้งต่อ 6 เดือน)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 วัณโรค (เอ็กซเรย์หน้าอก), ไข้ไทฟอยด์, โรคบิดไม่มีตัว และไข้ไทฟอยด์
☐ 유흥업소(노래장, 나이트, 단란주점, 안마시술소, 다방 등) ※업주, 주방 / 종사자 ☐ สถานเรียงรมย์(คาราโอเกะ, ไนต์คลับ, บาร์คาราโอเกะ, ร้านนวด, ร้านกาแฟแบบดั้งเดิม เป็นต้น) ※เจ้าของร้าน, คนครัว / คนงาน	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스, 매독, 클라미디아, 에이즈, 임질 วัณโรค (เอ็กซเรย์หน้าอก), ไข้ไทฟอยด์, โรคบิดไม่มีตัว, ไข้ไทฟอยด์, ซิฟิลิส, หนองในเทียม, เอดส์ และโรคหนองใน

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

◎ เคยเป็นวัณโรคมาก่อนหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

★ 건강진단서 ※보건증이 아닙니다.

★ ใบตรวจสุขภาพ ※ไม่ใช่ใบรับรองสุขภาพ

종 류 ประเภท	검 사 항 목 รายการตรวจ
☐ 건강진단서 ☐ ใบตรวจสุขภาพ	결핵 (흉부촬영) วัณโรค (เอ็กซเรย์หน้าอก)
☐ 건강진단서 ☐ ใบตรวจสุขภาพ	결핵 (흉부촬영)+B형간염 항원, 항체 วัณโรค (เอ็กซเรย์หน้าอก)+แอนติเจนและแอนติบอดีตับ อักเสบ
☐ 외국인결핵 확인서(출입국관리사무소 제출용) ☐ หนังสือตรวจวัณโรคสำหรับคนต่างด้าว (เพื่อยื่นต่อสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง)	결핵 (흉부촬영) วัณโรค (เอ็กซเรย์หน้าอก)

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오

◎ เคยเป็นวัณโรคมาก่อนหรือไม่ ☐ เคย ☐ ไม่เคย

개인정보 제공 동의<개인정보 제공 내역>

การยินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคล <รายการให้ข้อมูลส่วนบุคคล>

제공받는 자 ผู้รับข้อมูล	제공목적 วัตถุประสงค์ การให้ข้อมูล	제공 항목 รายการข้อมูลที่ให้	보유기간 ระยะเวลาเก็บ รักษา
전국 지역보건 의료기관 สถาบันสุขภาพและ การแพทย์ท้องถิ่น ทั่วประเทศ	건강진단결과서 발급 ออกหนังสือแสดงผล การตรวจสุขภาพ	발급대상자 성명, 주민등록번호, 일련번호, 접수번호, 검진 및 판정일, 검진항목 및 결과 นามสกุลและชื่อ, เลขประจำตัวประชาชน, หมายเลขซีเรียล, หมายเลขรับคำขอ, วันที่ ตรวจและวินิจฉัย, รายการตรวจและผลการ ตรวจของผู้มีคุณสมบัติขอรับหนังสือรับรอง	발급일로부터 3년 3 ปี ตั้งแต่ วันที่ออก หนังสือ

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

※ ท่านมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธการยินยอมในการให้ข้อมูลส่วนบุคคลข้างต้นได้ หากปฏิเสธการยินยอม หนังสือแสดงผลการตรวจจะออกโดยหน่วยงานที่รับคำขอเท่านั้น และหน่วยงานอื่นไม่สามารถออกหนังสือแสดงผลการตรวจได้

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

ท่านยินยอมในการให้ข้อมูลส่วนบุคคลดังที่ระบุไว้ข้างต้นหรือไม่

(※หากไม่ยินยอม หน่วยงานอื่นไม่สามารถออกหนังสือฯให้ได้)

☐ 동의 ☐ 미동의

☐ ยินยอม ☐ ไม่ยินยอม

년 월 일
ปี ค.ศ. เดือนที่ วันที่

발급대상자(신청인)
ผู้มีคุณสมบัติขอรับ(ผู้ยื่นคำขอ)

(서명 또는 인)
(ลงชื่อหรือตราประทับ)

〇〇시·군·구보건소

สำนักอนามัยเขต/อำเภอ/เมือง〇〇