

※ 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。

■ 건설기계관리법 시행규칙 [별지 제43호서식] <개정 2022. 12. 5.>

■ 建設機械管理法施行規則 [別紙第43号書式] <改正2022年12月5日>

건설기계조종사면허 정기(수시)적성검사 신청서
建設機械運転者免許定期（随時）適性検査申請書

(2쪽 중 1쪽)
(全2ページ中1ページ)

접수번호 受付番号	접수일시 受付日時	발급일 発給日	처리기간 処理期間	즉시 即時
--------------	--------------	------------	--------------	----------

신청인 申請人	성명 氏名		사 진 写真 3.5cm×4.5cm 3.5cm×4.5cm (모자 벗은 상반신으로 배경 없이 6개월 내에 촬영한 것) (無帽、上半身、無背景で、 6か月以内に撮影したもの)
	주민등록번호 住民登録番号	건설기계조종사면허번호 建設機械運転者免許番号	
	주소 住所 (전화번호 :) (전화번호 :)		
	휴대전화번호 携帯電話番号	전자우편 メールアドレス	
	본인의 전자우편, 휴대전화 등을 이용해 건설기계조종사면허증 갱신기간 안내 등 건설기계조종사면허 정보를 제공하는 것에 동의하십니까? []에 []아니요 ご本人のメールや携帯電話等を利用し、建設機械運転者免許証更新期間の案内等の建設機械運転者免許に関する情報の提供を受けることに同意しますか? [] はい [] いいえ		

「건설기계관리법 시행규칙」 제81조 또는 제82조에 따라 위와 같이 신청서를 제출합니다.

「建設機械管理法施行規則」第81条又は第82条に基づき、上記の通り申請書を提出します。

년 월 일
年 月 日

신청인
申請人
(서명 또는 인)
(署名又は印)

시장·군수·구청장
市長・郡守・区庁長
귀 하
殿

신청인 제출 서류 申請人が 提出する書類	1. 건설기계조종사 면허증 1. 建設機械運転者免許証 2. 신청일 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진(3.5cm×4.5cm) 1장 2. 帽子等を着用せずに、申請日前6か月以内に撮影した天然色の上半身正面の写真 (3.5cm×4.5cm) 1枚 3. 병력신고서 3. 病歴申告書	수수료 2,500원 手数料 2,500ウォン
--------------------------------	--	----------------------------------

	<p>4. 제76조제5항에 따른 신체검사서, 다만, 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 적성검사를 신청한 날부터 2년 내에 실시한 「국민건강보험법」 제52조 또는 「의료급여법」 제14조에 따른 신청인의 건강검진 결과 내역 정보 확인이 가능한 경우에는 제외한다.</p> <p>4. 第76条第5項による身体検査書。但し、「電子政府法」第36条に基づく行政情報の共同利用により、適性検査を申請した日から2年以内に実施した「国民健康保険法」第52条、又は「医療給付法」第14条に基づく申請人の健康診断結果内訳情報の確認が可能な場合を除く。</p> <p>5. 위임장 및 대리인 신분증(대리 신청하는 경우만 해당합니다) * 신분증은 확인 후 돌려드립니다.</p> <p>5. 委任状及び代理人の身分証明書(代理申請する場合のみ該当) * 身分証明書は確認後に返却します。</p>	
업무담당자 확인사항 業務担当者 確認事項	<p>1. 적성검사 신청일 부터 2년 이내에 실시한 「국민건강보험법」 제52조 또는 「의료급여법」 제14조에 따른 건강검진 결과 내역에 관한 정보(신청인이 해당 사항에 관한 정보를 제출하지 않은 경우만 해당합니다)</p> <p>1. 適性検査の申請日から2年以内に実施した「国民健康保険法」第52条又は「医療給付法」第14条に基づく健康診断結果内訳に関する情報(申請人が当該事項に関する情報を提出しなかった場合のみ該当します。)</p>	

행정정보 공동이용 동의서

行政情報の共同利用に関する同意書

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 업무담당자가 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 업무담당자 확인 사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

私は、本件の業務処理に関して、業務担当者が「電子政府法」第36条に基づく行政情報の共同利用を通じて、上記業務担当者確認事項を確認することに同意します。*同意しない場合は、申請人が関連書類を直接提出しなければなりません。

신청인

(서명 또는 인)

신청인

(署名又は印)

병력(病歴)신고서 (응시자가 작성)

病歴申告書 (受検者が作成)

- 정신질환, 경련성 질환, 마약류, 알콜중독 등 -
- 精神疾患、痙攣性疾患、麻薬類、アルコール依存症等 -

(1) 귀하는 조현병·정동장애(情動障碍) 및 이에 준하는 증세로 인하여 치료받은 사실이 있습니까?	있 음 あり	없 음 なし		
(1) 統合失調症・気分障害及びそれに準ずる症状で治療を受けたことがありますか? (있는 경우) 병명: 치료개시일: (ある場合) 病名: 治療開始日: 치료종료일: 치료 병원: 治療終了日: 治療を受けた病院:				
(2) 귀하는 경련성 질환(뇌전증) 등으로 치료받은 사실이 있습니까?	있 음 あり	없 음 なし		
(2) 痙攣性疾患(てんかん)等で治療を受けたことがありますか? (있는 경우) 병명: 치료개시일: (ある場合) 病名: 治療開始日: 치료종료일: 치료 병원: 治療終了日: 治療を受けた病院:				
(3) 귀하는 마약·대마·향정신성의약품·알코올중독 등으로 치료받거나 사법기관에 단속된 사실이 있습니까?	있 음 あり	없 음 なし		
(3) 麻薬・大麻・向精神薬・アルコール依存症等で治療を受けたり、司法機関の取締りを受けたことがありますか? (치료사실이 있는 경우) 병명: 치료개시일: (治療を受けたことがある場合) 病名: 治療開始日: 치료종료일: 치료병원: 治療終了日: 治療を受けた病院: (단속된 사실이 있는 경우) 단속 일시: 위반 행위: (取締りを受けた事実がある場合) 取締り日時: 違反行為: 단속기관: 取締機関:				
<div>년월일 年 月 日</div> <div>응시자 受検者</div> <div>(서명 또는 인) (署名又は印)</div>				
※ 만일 허위사실을 적어 건설기계조종사면허를 받은 경우에는 「건설기계관리법」 제41조제15호에 따라 1년 이하의 징역이나 1천만원 이하의 벌금형으로 처벌되고, 「건설기계관리법」 제28조제1호에 따라 건설기계조종사면허가 취소됩니다. ※虚偽の事実を記入して建設機械運転者免許を取得した場合は、「建設機械管理法」第41条第15号に基づき1年以下の懲役もしくは1千万ウォン以下の罰金刑に処され、「建設機械管理法」第28条第1号に基づき建設機械運転者免許が取り消されます。				
판정관 의견 判定官の意見	[]적정 []適正	[]정밀검사 필요 []要精密検査	판정관 判定官	(서명 또는 인) (署名又は印)

신 체 검 사 서
身体検査書

(적성검사 신청일부터 2년 내에 발급된 건강검진 결과 통보서, 진단서 또는 병역판정 신체검사 결과 통보서로 확인이 가능한 경우 해당 부분에 대한 검사 생략 가능)

(適性検査の申請日から2年以内に発行された健康診断結果通知書、診断書又は病歴判定身体検査結果通知書により確認が可能な場合、当該部分に対する検査を省略することができます。)

시 력 視力			청 력 聴力 (제1종 소형은 해당 사항 없음) (第1種小型は該当なし)		적성기준에 따른 신체장애 여부 適性基準による身体障害の有無					
					상지 上肢		다리 下肢		문진결과 問診結果	
양안 両眼	좌 左	우 右	좌 左	우 右	적 適	부 不適	적 適	부 不適	적 適	부 不適
그 밖의 의사 소견 その他の医師の所見					검사결과 적격 여부 検査結果の適否					
년 월 일 年 月 日										
병 원 장 (인) 病院長 (印)										
의사면허번호 医師免許番号					담당의사 担当医師			(서명 또는 인) (署名又は印)		

..... 담당의사 (인) 자르는 선
担当医師 (印) 切り取り線

건설기계조종사면허 신체검사서(병원 보관용)
建設機械運転者免許身体検査書 (病院保管用)

성 명 氏名					주민등록번호 住民登録番号					
주 소 住所					연락처 連絡先					
시 력 視力			청 력 聴力 (제1종 소형은 해당 사항 없음) (第1種小型は該当なし)		적성기준에 따른 신체장애 여부 適性基準による身体障害の有無					
					상지 上肢		다리 下肢		문진결과 問診結果	
양안 両眼	좌 左	우 右	좌 左	우 右	적 適	부 不適	적 適	부 不適	적 適	부 不適
그 밖의 의사 소견 その他の医師の所見					검사결과 적격 여부 検査結果の適否					
년 월 일 年 月 日										
병 원 장 (인) 病院長 (印)										
의사면허번호 医師免許番号					담당의사 担当医師			(서명 또는 인) (署名又は印)		