

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

※ 请注意，译文仅供参考。申请政务服务时，必须在正式的韩文版表格用韩文填写后提交。

제 증 명 신 청 서 诸 证 明 申 请 书

본인임을 확인할 수 있는 신분증을 담당공무원에게 제시하여야 합니다.
须向受理人出示能证明本人身份的身份证件。

발급대상자 (신청인) 签发对象 (申请人)	성명 姓名		주민등록번호 (외국인등록번호) 居民身份证号 (外国人登记号)	
	연락처 联系方式		주 소 地 址	

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

★ 体检报告 【原-保健证】 ☐ 新办、到期 ☐ 补发(剩余时间使用时) ☐ 其他机关签发

업 종 行业	검 사 항 목 检 查 项 目
☐ 식품 (음식점, 마트, 카페, 백화점, 편의점 어린이집, 기타) (1년에 1회 검진) ☐ 食品(餐厅, 超市, 咖啡厅, 百货商店, 便利店, 幼儿园, 其他) (一年检查一次)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 结核(胸部摄影), 伤寒病, 细菌性痢疾, 副伤寒
☐ 학교급식, 유치원 (6개월에 1회 검진) ☐ 学校供餐, 幼儿园(每6个月检查1次)	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스 结核(胸部摄影), 伤寒病, 细菌性痢疾, 副伤寒
☐ 유흥업소(노래장, 나이트, 단란주점, 안마시술소, 다방 등 ※업주, 주방 / 종사자 ☐ 娱乐场所(歌厅, 夜总会, 音乐茶座, 指压中心, 茶馆等)※业主, 厨房/从业者	결핵(흉부촬영), 장티푸스, 세균성이질, 파라티푸스, 매독, 클라미디아, 에이즈, 임질 结核(胸部摄影), 伤寒病, 细菌性痢疾, 副伤寒, 梅毒, 衣 原体, 艾滋病, 淋病

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까?

☐ 예 ☐ 아니오

◎ 是否曾患结核病?

☐ 是 ☐ 否

★ 건강진단서 ※보건증이 아닙니다.

★ 健康诊断书 ※不是保健证。

종 류 类 别	검 사 항 목 检 查 项 目
☐ 건강진단서 ☐ 健康诊断书	결핵(흉부촬영) 结核(胸部摄影)
☐ 건강진단서 ☐ 健康诊断书	결핵(흉부촬영)+B형간염 항원, 항체 结核(胸部摄影)+乙型肝炎抗原, 抗体

☐ 외국인결핵 확인서(출입국관리사무소 제출용)	결핵(흉부촬영)
☐ 外国人结核确认书(用于提交至出入境管理事务所)	结核(胸部摄影)

◎ 전에 결핵을 앓은 적이 있습니까? ☐ 예 ☐ 아니오
◎ 是否曾患结核病? ☐ 是 ☐ 否

개인정보 제공 동의<개인정보 제공 내역>

同意提供个人信息<个人信息提供明细>

제공받는 자 接收方	제공목적 提供目的	제공 항목 提供项目	보유기간 保留时间
전국 지역보건의료기관 全国地区保健医疗机关	건강진단결과서 발급 签发体检报告	발급대상자 성명, 주민등록번호, 일련번호, 접수번호, 검진 및 판정일, 검사항목 및 결과 签发对象姓名, 居民身份证号, 序列编号, 受理编号, 检查及 判定日期, 检查项目及结果	발급일로부터 3년 自签发之日起三年

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

※ 申请人有权拒绝同意提供上述个人信息。但拒绝同意，则只能在申请机关签发结果书，其他机关将无法签发。

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

是否如上同意提供个人信息? (※未同意时，其他机关则无法签发)

☐ 동의 ☐ 미동의
☐ 同意 ☐ 不同意

년 월 일
年 月 日

발급대상자(신청인)
签发对象(申请人)

(서명 또는 인)
(签名或盖章)

○○시·군·구보건소
○○市·郡·区保健所