

※ 번역문은 민원 신청을 위한 참고용이며, 기존의 한글 서식에 한글로 작성하여 제출해야 함을 유의해주시기 바랍니다.
※ Please note that the translation is for reference only when applying for a civil petition, and must be submitted in Korean using the existing Korean format.

■ 건설기계관리법 시행규칙 [별지 제43호서식] <개정 2022. 12. 5.>
■ Enforcement Regulations of the Construction Machinery Management Act [Attached Form No. 43] (Amended Dec. 5, 2022.)

건설기계조종사면허 정기(수시)적성검사 신청서
Application for the Regular/Occasional Aptitude Test for a Construction Machinery Operator License

(2쪽 중 1쪽)
(Page 1 of 2)

접수번호 Application No.	접수일시 Date/Time of Application	발급일 Date of Issue	처리기간 Processing Period: Immediate
신청인 Applicant	성명 Name		사 진 Photo 3.5cm × 4.5cm 3.5 cm × 4.5 cm (모자 벗은 상반신으로 배경 없이 6개월 내에 촬영한 것) (Headshot without hat, no background, taken within the last 6 months)
	주민등록번호 Resident Registration Number	건설기계조종사면허번호 Construction Machinery Operator License Number	
	주소 Address (전화번호 :) (Phone:)		
	휴대전화번호 Mobile Phone	전자우편 Email	
	본인의 전자우편, 휴대전화 등을 이용해 건설기계조종사면허증 갱신기간 안내 등 건설기계조종사면허 정보를 제공받는 것에 동의하십니까? []에 []아니요 Do you agree to receive information about the renewal period of the Construction Machinery Operator License via email or mobile phone? [] Yes [] No		

「건설기계관리법 시행규칙」 제81조 또는 제82조에 따라 위와 같이 신청서를 제출합니다.
I hereby submit this application in accordance with Article 81 or Article 82 of the Enforcement Regulations of the Construction Machinery Management Act.

년 월 일
YYYY MM DD

신청인
Applicant

(서명 또는 인)
(Signature or Seal)

시장·군수·구청장
Submitted to
Respective Mayor,
Governor, or District
Head

귀 하

신청인 제출 서류 Documents to be Submitted by Applicant	1. 건설기계조종사 면허증 1. Construction Machinery Operator License 2. 신청일 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진(3.5cm×4.5cm) 1장 2. One color photo (3.5 cm × 4.5 cm) taken without a hat within the last 6 months 3. 병력신고서 3. Medical History Report	수수료 2,500원 Fee: ₩2,500
--	---	------------------------------

	<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. Physical Examination Report as per Article 76(5) (through the shared use of administrative information in accordance with Article 36 of the Electronic Government Act. However, this can be waived if the applicant's health examination results, conducted within 2 years from the date of application for the aptitude test, can be verified pursuant to Article 52 of the National Health Insurance Act or Article 14 of the Medical Benefit Act).</p> <p>5. 위임장 및 대리인 신분증(대리 신청하는 경우만 해당합니다) * 신분증은 확인 후 돌려드립니다.</p> <p>5. Power of Attorney and ID of the agent (only if applying through a representative) *The ID will be returned after verification.</p>	
<p>업무담당자 확인사항 To Be Verified by the Responsible Public Official</p>	<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. Health examination results conducted within 2 years according to Article 52 of the National Health Insurance Act or Article 14 of the Medical Benefit Act (only if the applicant has not submitted these documents).</p>	

행정정보 공동이용 동의서
Consent to the Shared Use of Administrative Information

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.
 I consent to the public official responsible for verifying the above items through the shared use of administrative information in accordance with Article 36 of the Electronic Government Act.
 * If you do not consent, you must submit the relevant documents directly.

신청인
Applicant

(서명 또는 인)
(Signature or Seal)

210mm×297mm[백상지(80g/㎡)]

병력(病歷)신고서 (응시자가 작성)
Medical History Report (To be completed by the applicant)
- 정신질환, 경련성 질환, 마약류, 알콜중독 등 -
- Mental disorders, convulsive disorders, narcotics, alcoholism, etc. -

(1) 귀하는 조현병·정동장애(情動障礙) 및 이에 준하는 증세로 인하여 치료받은 사실이 있습니까?	있 음 Yes	없 음 No
1. Have you ever been treated for schizophrenia, mood disorders, or similar conditions? (있는 경우) 병명: 치료개시일: (If "Yes") Disease/Condition: Treatment Start Date: 치료종료일: 치료 병원: Treatment End Date: Hospital:		
(2) 귀하는 경련성 질환(뇌전증) 등으로 치료받은 사실이 있습니까?	있 음 Yes	없 음 No
2. Have you ever been treated for convulsive disorders (e.g., epilepsy)? (있는 경우) 병명: 치료개시일: (If "Yes") Disease/Condition: Treatment Start Date: 치료종료일: 치료 병원: Treatment End Date: Hospital:		
(3) 귀하는 마약·대마·향정신성의약품·알코올중독 등으로 치료받거나 사법기관에 단속된 사실이 있습니까?	있 음 Yes	없 음 No
3. Have you ever been treated for or been apprehended by judicial authorities for narcotics, cannabis, psychotropic drugs, or alcoholism? (있는 경우) 병명: 치료개시일: (If "Yes") Disease/Condition: Treatment Start Date: 치료종료일: 치료 병원: Treatment End Date: Hospital: (단속된 사실이 있는 경우) 단속 일시: (If apprehended) Date of Apprehension: 위반 행위: 단속기관: Violation: Apprehending Authority:		

응시자 Applicant	년 YYYY	월 MM	일 DD
	(서명 또는 인) (Signature or Seal)		

※ 만일 허위사실을 적어 건설기계종사면허를 받은 경우에는 「건설기계관리법」 제41조제15호에 따라 1년 이하의 징역이나 1천만원 이하의 벌금형으로 처벌되고, 「건설기계관리법」 제28조제1호에 따라 건설기계종사면허가 취소됩니다.
※ If false information is provided to obtain a Construction Machinery Operator License, you may be punished by imprisonment for up to 1 year or a fine of up to ₩10 million in accordance with Article 41(15) of the Construction Machinery Management Act, and the license may be canceled in accordance with Article 28(1) of the same Act.

판정관 의견 Opinion of the Examiner	[] 적정 [] 정밀검사 필요 [] Suitable [] Detailed examination required	판정관 Examiner	(서명 또는 인) (Signature or Seal)
-----------------------------------	--	-----------------	----------------------------------

신 체 검 사 서
Physical Examination Report

(적성검사 신청일부터 2년 내에 발급된 건강검진 결과 통보서, 진단서 또는 병역판정 신체검사 결과 통보서로 확인이 가능한 경우 해당 부분에 대한 검사 생략 가능)
(Health examination results notice, medical certificate, or physical examination result notice issued within 2 years of the aptitude test application date. The examination may be omitted if verification is possible.)

시 력 Vision			청 력 Hearing (제1종 소형은 해당 사항 없음) (Not applicable for Class 1 small machinery)		적성기준에 따른 신체장애 여부 Physical Disabilities based on Aptitude Criteria					
					상지 Upper Limbs		다리 Lower Limbs		문진결과 Medical Examination Results	
양안 Both Eyes	좌 Left	우 Right	좌 Left	우 Right	적 Fit	부 Father	적 Fit	부 Father	적 Fit	부 Father

그 밖의 의사 소견 Other Medical Opinions						검사결과 적격 여부 Examination Result Suitability					
									년	월	일
									YYYY	MM	DD
병원장 (인) Hospital Director (Seal)											
의사면허번호 Physician License No.			담당의사 Responsible Physician			(서명 또는 인) (Signature or Seal)					

----- 담당의사 (인) ----- 자르는 선 -----
Responsible Physician (Seal) Cut Line

건설기계조종사면허 신체검사서(병원 보관용)
Physical Examination Report for Construction Machinery Operator License
(For hospital records)

성명 Name			주민등록번호 Resident Registration Number								
주소 Address			연락처 Phone								
시력 Vision			청력 Hearing (제1종 소형은 해당 사항 없음) (Not applicable for Class 1 small machinery)		적성기준에 따른 신체장애 여부 Physical Disabilities based on Aptitude Criteria						
					상지 Upper Limbs		다리 Lower Limbs		문진결과 Medical Examination Results		
양안 Both Eyes	좌 Left	우 Right	좌 Left	우 Right	적 Fit	부 Father	적 Fit	부 Father	적 Fit	부 Father	
그 밖의 의사 소견 Other Medical Opinions						검사결과 적격 여부 Examination Result Suitability					
									년	월	일
									YYYY	MM	DD
병원장 (인) Hospital Director (Seal)											
의사면허번호 Physician License No.			담당의사 Responsible Physician			(서명 또는 인) (Signature or Seal)					