

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

건강진단결과서 대리수령 위임장 (개인)

หนังสือมอบอำนาจให้รับผลการตรวจสุขภาพแทน (ส่วนบุคคล)

발급대상자 (위임자) ผู้มีคุณสมบัติขอ รับ (ผู้มอบอำนาจ)	성명 นามสกุล-ชื่อ		생년월일 (외국인등록번호) ปีเดือนวันที่เกิด (เลขประจำตัวคนต่าง ด้าว)	
대리수령인 ผู้ที่รับแทน	성명 นามสกุล-ชื่อ		생년월일 (외국인등록번호) ปีเดือนวันที่เกิด (เลขประจำตัวคนต่าง ด้าว)	
	연락처 หมายเลขติดต่อ		위임자와의 관계 ความสัมพันธ์กับผู้มอ บอำนาจ	

상기 본인(발급대상자)은 위의 수령인에게 건강진단결과서 대리수령을 위임합니다.

ข้าพเจ้า (ผู้มีคุณสมบัติขอรับ) ขาดต้นขอมอบอำนาจให้ผู้รับแทนข้างต้นดำเนินการรับผลการตรวจสุขภาพแทน

년 월 일
ปี ค.ศ. เดือน วันที่

발급대상자
(위임자)
ผู้มีคุณสมบัติขอรับ
(ผู้มอบอำนาจ)
(서명 또는 인)
(ลงชื่อหรือตราประทับ)

○○보건소장 귀하

เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย○○

안내 및 유의사항

คำแนะนำและข้อควรระวัง

- 동 위임장과 함께 발급대상자(위임인) 및 대리수령인 본인임을 확인할 수 있는 서류(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)를 담당 공무원에게 제시하여야 합니다.
- ต้องยื่นเอกสารที่ยืนยันตัวตน (บัตรประชาชน, ใบขับขี่รถยนต์, หนังสือเดินทาง ฯลฯ) ของผู้มีคุณสมบัติขอรับ(ผู้มอบอำนาจ)และผู้รับแทนพร้อมกับหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ให้แก่ข้าราชการผู้รับผิดชอบ

건강진단결과서 대리수령 위임장 (단체)

หนังสือมอบอำนาจให้รับผลการตรวจสุขภาพแทน (กลุ่ม)

< 발급대상자(위임자) >

< ผู้มีคุณสมบัติขอรับ (ผู้มอบอำนาจ) >

성명 นามสกุล-ชื่อ	생년월일 (외국인등록번호) ปีเดือนวันที่เกิด (เลขประจำตัวคนต่าง วงศ์)	대리수령 위임여부 มอบอำนาจ ให้รับแทน หรือไม่	(O/X)	(서명 또는 인) (ลงชื่อหรือตราประทับ)
성명 นามสกุล-ชื่อ	생년월일 (외국인등록번호) ปีเดือนวันที่เกิด (เลขประจำตัวคนต่าง วงศ์)	대리수령 위임여부 มอบอำนาจ ให้รับแทน หรือไม่	(O/X)	(서명 또는 인) (ลงชื่อหรือตราประทับ)
성명 นามสกุล-ชื่อ	생년월일 (외국인등록번호) ปีเดือนวันที่เกิด (เลขประจำตัวคนต่าง วงศ์)	대리수령 위임여부 มอบอำนาจ ให้รับแทน หรือไม่	(O/X)	(서명 또는 인) (ลงชื่อหรือตราประทับ)
성명 นามสกุล-ชื่อ	생년월일 (외국인등록번호) ปีเดือนวันที่เกิด (เลขประจำตัวคนต่าง วงศ์)	대리수령 위임여부 มอบอำนาจ ให้รับแทน หรือไม่	(O/X)	(서명 또는 인) (ลงชื่อหรือตราประทับ)
성명 นามสกุล-ชื่อ	생년월일 (외국인등록번호) ปีเดือนวันที่เกิด (เลขประจำตัวคนต่าง วงศ์)	대리수령 위임여부 มอบอำนาจ ให้รับแทน หรือไม่	(O/X)	(서명 또는 인) (ลงชื่อหรือตราประทับ)

< 대리수령인 >

< ผู้ที่รับแทน >

성명 นามสกุล-ชื่อ	생년월일 (외국인등록번호) ปีเดือนวันที่เกิด (เลขประจำตัวคนต่าง วงศ์)	위임자와의 관계 ความสัมพันธ์กับผู้มอบ อำนาจ
연락처 หมายเลขติดต่อ		

상기 본인(발급대상자)은 위의 수령인에게 건강진단결과서 대리수령을 위임합니다.

ข้าพเจ้า (ผู้มีคุณสมบัติขอรับ) ข้างต้นขอมอบอำนาจให้ผู้รับแทนข้างต้นดำเนินการรับผลการตรวจสุขภาพแทน

년 월 일
ปี ค.ศ. เดือนที่ วันที่

○○보건소장 귀하

เรียน ผู้อำนวยการสำนักอนามัย○○

안내 및 유의사항

คำแนะนำและข้อควรระวัง

- 동 위임장과 함께 발급대상자(위임인) 및 대리수령인 본인임을 확인할 수 있는 서류(주민등록증, 운전면허증, 여권 등)를 담당 공무원에게 제시하여야 합니다.
- ต้องยื่นเอกสารที่ยืนยันตัวตน (บัตรประชาชน, ใบขับขี่รถยนต์, หนังสือเดินทาง ฯลฯ) ของผู้มีคุณสมบัติขอรับ(ผู้มอบอำนาจ) และผู้รับแทนพร้อมกับหนังสือมอบอำนาจฉบับนี้ให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ