

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

- 건설기계관리법 시행규칙 [별지 제43호서식] <개정 2022. 12. 5.>
■ [แบบฟอร์มภาคผนวกที่ 43] กฎระเบียบการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องจักรก่อสร้าง <แก้ไขเมื่อ 2022/12/05>

건설기계조종사면허 정기(수시)적성검사 신청서
แบบคำร้องขอรับการตรวจความถนัดประจำ (หรือรายครั้ง)
ใบอนุญาตควบคุมเครื่องจักรก่อสร้าง

(2쪽 중 1쪽)
(หน้า 1 จาก 2 หน้า)

접수번호 หมายเลขรับคำร้อง	접수일시 วันที่รับคำร้อง	발급일 วันที่ออกเอกสาร	처리기간 즉시 ระยะเวลาดำเนินการ ทันที
신청인 ผู้ยื่น คำร้อง	성명 นามสกุล-ชื่อ		사 전 3.5cm×4.5cm (모자 벗은 상반신으로 배경 없이 6개월 내에 촬영한 것) รูปถ่าย 3.5 cm×4.5 cm (รูปถ่ายครึ่งตัวด้านบน ไม่สวม หมวก ไม่มีพื้นหลัง และถ่าย มาแล้วไม่เกิน 6 เดือน)
	주민등록번호 เลขประจำตัวประชาชน	건설기계조종사면허번호 หมายเลขใบอนุญาตควบคุมเครื่องจักรก่อสร้าง	
	주소 ที่อยู่ (전화번호:) (หมายเลขโทรศัพท์ :)		
	휴대전화번호 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ	전자우편 อีเมล	
	본인의 전자우편, 휴대전화 등을 이용해 건설기계조종사면허증 갱신기간 안내 등 건설기계조종사면허 정보를 제공받는 것에 동의하십니까? []에 []아니요 ยินยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับใบอนุญาตควบคุมเครื่องจักรก่อสร้าง เช่น แนะนำเวลาต่ออายุใบอนุญาตควบคุมเครื่องจักรก่อสร้าง ทางอีเมลหรือโทรศัพท์มือถือหรือไม่ [] ยินยอม [] ไม่ยินยอม		

「건설기계관리법 시행규칙」 제81조 또는 제82조에 따라 위와 같이 신청서를 제출합니다.
ขอยื่นคำร้องตามที่ได้ระบุไว้ข้างต้น ตามมาตรา 81 หรือ มาตรา 82 ของ 「กฎระเบียบการบังคับใช้กฎหมายควบคุมเครื่องจักรก่อสร้าง」

년 월 일
ปี ค.ศ. เดือน วันที่

신청인
ผู้ยื่นคำร้อง

(서명 또는 인)
(ลงชื่อหรือประทับตรา)

시장. 군수. 구청장 귀하
เรียน ผู้ว่าการเมือง อำเภอ

신청인 제출서류 เอกสารที่ผู้ยื่น คำร้องต้องยื่น	1. 건설기계조종사 면허증 1. ใบอนุญาตควบคุมเครื่องจักรก่อสร้าง 2. 신청일 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진(3.5cm×4.5cm) 1장 2. รูปถ่ายหน้าตรง ครึ่งตัว ไม่สวมหมวกภายใต้แสงธรรมชาติของผู้ยื่นคำร้องที่ถ่ายมาแล้วไม่เกิน 6 เดือน(3.5cm×4.5cm) 1 ใบ 3. 병력신고서 3. หนังสือรายงานประวัติผู้ป่วย 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. 4. ใบตรวจร่างกายตามมาตราที่ 76 วรรค 5 ยกเว้นเฉพาะกรณีที่สามารถตรวจสอบประวัติผลการตรวจสุขภาพของผู้ยื่นคำร้องที่ได้ตรวจไปไม่เกิน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่ยื่นเรื่องได้ ตาม 「กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ」 มาตรา 52 หรือ 「กฎหมายบริการทางการแพทย์」 มาตรา 14 ด้วยการใช้อยู่ข้อมูลการบริหารร่วมกัน ตาม 「กฎหมายรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์」 มาตรา 36 5. 위임장 및 대리인 신분증(대리 신청하는 경우만 해당합니다) * 신분증은 확인 후 돌려드립니다. 5. หนังสือมอบอำนาจ และบัตรประจำตัวของผู้แทน (เฉพาะกรณียื่นแทนเท่านั้น) * จะคืนบัตรประจำตัวให้หลังจากตรวจสอบแล้ว	수수료 2,500원 ค่าธรรมเนียม 2,500 บาท
업무담당자 확인사항 รายการตรวจสอบ ของเจ้าหน้าที่ ผู้รับผิดชอบ	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 해당한다) 1. ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติผลการตรวจสุขภาพของผู้ยื่นคำร้องที่ได้ตรวจไปไม่เกิน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่ยื่นเรื่องได้ ตาม 「กฎหมายประกันสุขภาพแห่งชาติ」 มาตรา 52 หรือ 「กฎหมายบริการทางการแพทย์」 มาตรา 14 (เฉพาะกรณีที่ผู้ยื่นคำร้องไม่ได้ยื่นข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวเท่านั้น)	

행정정보 공동이용 동의서

หนังสือยินยอมให้ใช้ข้อมูลเพื่อการบริหารร่วมกัน

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.

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้าราชการผู้รับผิดชอบตรวจสอบเอกสารที่ข้าราชการผู้รับผิดชอบต้องตรวจสอบตามที่ระบุไว้ข้างต้น ด้วยการใช้อยู่ข้อมูลการบริหารร่วมกันตาม 「กฎหมายรัฐบาลอิเล็กทรอนิกส์」 มาตรา 36 * ในกรณีที่ไมยินยอม ผู้ยื่นเรื่องจะต้องยื่นเอกสารที่เกี่ยวข้องด้วยตนเอง

신청인
ผู้ยื่นคำร้อง

(서명 또는 인)
(ลงชื่อหรือประทับตรา)

[illegible]

신 체 검 사 서

ใบตรวจร่างกาย

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

(กรณีที่สาม) กรณีที่สามารถตรวจสอบได้ด้วยผลการตรวจสอบภาพ หรือผลการตรวจร่างกายเพื่อเข้ารับการเกณฑ์ทหารที่ออกภายใน 2 ปี นับย้อนไปตั้งแต่วันที่ยื่นคำร้องขอรับการตรวจ สามารถละเว้นการตรวจดังกล่าวได้)

[illegible]

그 밖의 의사 소견 ความเห็นอื่น ๆ ของแพทย์		검사결과 적격 여부 ผลการตรวจผ่านหรือไม่	
		년 ปี ค.ศ.	월 เดือน
		일 วันที่	
병원장 (인) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ประทับตรา)			
의사면허번호 หมายเลขใบประกอบโรคศิลป์		담당의사 แพทย์ผู้รับผิดชอบ	(서명 또는 인) (ลงชื่อหรือประทับตรา)

..... 담당의사 (인) 자르는 선

แพทย์ผู้รับผิดชอบ ตัดตามเส้นประ

(ประทับตรา)

건설기계조종사면허 신체검사서(병원 보관용)

ใบตรวจร่างกายสำหรับใบอนุญาตควบคุมเครื่องจักรก่อสร้าง

성명 สกุล-ชื่อ					주민등록번호 เลขประจำตัวประชาชน						
주소 ที่อยู่					연락처 หมายเลขติดต่อ						
시력 สายตา			청력 (제1종 소형은 해당 사항 없음) การได้ยิน (ประเภท 1 ขนาดเล็ก ไม่ต้องตรวจ)		적성기준에 따른 신체장애 여부 พิจารณาตามเกณฑ์การทดสอบหรือไม่						
					상지 แขน		다리 ขา		문진결과 ผลการตรวจ โดยการสัมภาษณ์		
양안 สองข้าง	좌 ซ้าย	우 ขวา	좌 ซ้าย	우 ขวา	적 ใช่	부 ไม่ใช่	적 ใช่	부 ไม่ใช่	적 ใช่	부 ไม่ใช่	
그 밖의 의사 소견 ความเห็นอื่น ๆ ของแพทย์					검사결과 적격 여부 ผลการตรวจผ่านหรือไม่		년 ปี ค.ศ.				
							월 เดือน				
							일 วันที่				
					병원장 (인) ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ตราประทับ)						
의사면허번호 หมายเลขใบประกอบโรคศิลป์					담당의사 แพทย์ผู้รับผิดชอบ		(서명 또는 인) (ลงชื่อหรือประทับตรา)				