

항공전문의사 [] 신규지정 [] 기재사항 변경 신청서

※ 색상이 어두운 난은 신청인이 작성하지 않습니다.

접수번호		접수일시		처리기간 7일	
신청인	성명/명칭		생년월일		지정번호
	주소		전화번호		※ 기재사항 변경 신청자만 작성 전자메일
의사면허증		발행기관명 및 번호			발행일자
신규 지정 []	소속 병원 /의원	병원/의원명			소유자명
	주소				
기재 사항 변경 []	소속 병원 /의원	기존 병원/의원명		주소	
	변경된 병원/의원명		주소		
항공의학 교육	기간	교육기관명		소재지	수료여부
임상/항공 의학경력	기간	병의원명		소재지	경력
그 밖의 필요사항					

「항공안전법」 제49조제1항 및 같은 법 시행규칙 [] 신규지정 []
제105조제1항·제7항에 따라 항공전문의사의 [] 기재사항 변경 []을 신청합니다.

신청인

년 월 일
(서명 또는 인)

국토교통부장관 귀하

첨부서류	1. 항공의학에 관한 전문교육과정 이수증명 서류(신규지정을 신청하는 사람에 한함) 2. 항공의학 분야의 경력증명 서류(신규지정을 신청하는 사람 중 전문의 자격증을 보유하지 않은 사람에 한함) 3. 별표 13의 항공신체검사의료기관시설 및 장비기준에 적합한 의료기관 소속 증명서	수수료 없음
담당공무원 확인사항	전문의 자격증	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당공무원이 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위
의 담당공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

* 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

※ 담당공무원은 본인이 동의한 위 공동이용 행정정보를 확인하기 위해 「개인정보 보호법 시행령」 제19조에
따른 주민등록번호, 여권번호, 운전면허의 면허번호 또는 외국인등록번호가 포함된 행정정보를 처리할 수
있습니다.

담당공무원이 요청하는 경우 기재하여 주십시오.(필요시 기재사항)

([] 주민등록 [] 여권 [] 외국인등록 [] 운전면허) 번호 :

신청인_____ (서명 또는 인)

처리절차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

