

병력(病歷) 신고 및 개인정보 이용 동의서

※ 다음 물음을 읽고 있음 또는 없음의 해당 []란에 √표시를 하며, 있음에 표시한 경우 그 내용을 적습니다. (앞 쪽)

접수번호	접수일자	처리일자	처리기간	10일
------	------	------	------	-----

(1) 귀하는 조현병·정동장애·고도의 성격장애 및 이에 준하는 증세로 인하여 치료받은 사실이 있습니까? []있음 []없음

(있는 경우)	병명	치료병원
	치료개시일	치료종료일

(2) 귀하는 뇌전증 등으로 치료받은 사실이 있습니까? []있음 []없음

(있는 경우)	병명	치료병원
	치료개시일	치료종료일

(3) 귀하는 마약·대마·향정신성의약품·알코올중독 등으로 치료 받거나 수사기관에 단속된 사실이 있습니까? []있음 []없음

(치료사실이 있는 경우)	병명	치료병원
	치료개시일	치료종료일
(단속된 사실이 있는 경우)	단속일시	단속기관
	위반행위	

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

시·도경찰청장·경찰서장 귀하

개인정보 이용 동의서

본인은 허가관청이 「총포·도검·화약류 등 단속법」 제13조에 따른 총포 소지허가 결정사유 등의 해당여부 판단을 위해 국민건강보험공단이 보관 중인 본인의 동의일로부터 최근 5년간 치매, 조현병, 조현정동장애, 양극성 정동장애(조울병), 재발성 우울장애, 정신 발육지연, 뇌전증의 치료경력을 조회하는 데 동의합니다.

년 월 일

동의인

(서명 또는 인)

유의사항

- 기재하신 내용은 소지허가(갱신) 시 「총포·도검·화약류 등 단속법」 제13조에 따른 결정사유 등의 해당여부 판단을 위한 자료로만 활용됩니다.
- 허위사실을 기재하여 소지허가를 받은 경우 「총포·도검·화약류 등 단속법」 제46조 및 제47조에 따라 허가가 취소되거나 총기가 경찰관서에 보관 조치될 수 있습니다.