

건강검진 등 신고서

※ 색상이 어두운 난은 신고인이 적지 않으며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

접수번호	접수일		처리기간	7일
------	-----	--	------	----

신고인	성명	생년월일	면허번호(의사·치과의사·한의사)	
	주소	연락처 (전화번호)		(팩스번호)
		전자우편주소		
	소속기관명	소속기관의 대표자 성명	소속 요양기관 기호	

신고 내용	목적								
	일시			장소					
	대상			건강검진 등 예상인원 수					
	내용 [] 「건강검진기본법」에 따른 국가건강검진 [] 「건강검진기본법」 외의 법령에 따른 건강검진 [] 순회진료 등								
	수행인원 수: 총 () 명								
	의사		명	치과의사	명	한 의사	명	간호사	명
	간호조무사		명	치과위생사	명	임상병리사	명	방사선사	명
원무행정요원		명	기타		명				
건강검진 등 실시 항목									

「지역보건법」 제23조 및 같은 법 시행규칙 제9조에 따라 위와 같이 건강검진 등의 실시를 신고합니다.

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

○○시·군·구 보건소장 귀하

담당 공무원 확인사항	1. 의료기관 개설허가증 또는 의료기관 개설신고증명서 사본 1부(의료기관만 해당합니다) 2. 의사·치과의사 또는 한 의사 면허증 사본 1부(의료인 전원이 해당합니다)	수수료 없음
----------------	---	---------------

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 담당 공무원이 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 담당 공무원 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다.

※ 동의하지 아니하는 경우에는 신고인이 직접 관련 서류를 제출하여야 합니다.

신고인

(서명 또는 인)