

신고 제 호

건강검진 등 신고확인서

※ 본 신고확인서는 출장검진, 순회진료 등의 현장 확인용으로 활용되므로 건강검진 등을 실시할 때 반드시 지참하시기 바랍니다.

신고인	성명	생년월일	면허번호(의사·치과의사·한의사)			
	주소	연락처 (전화번호) (팩스번호)		전자우편주소		
	소속기관명	소속기관의 대표자 성명	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	한의사		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 신고를 수리합니다.

년 월 일

〇〇시·군·구 보건소장 (직인)

유의사항

「지역보건법」 및 「건강검진기본법」을 준수하면서 위 신고내용에 따라 건강검진을 실시해 주시기 바라며, 「의료법」 제27조 제3항에 따른 환자 유인행위가 발생하지 않도록 하는 등 의료 관련 법령을 위반하지 않도록 유의하여 주시기 바랍니다.