

## 병력(病歷) 신고 및 개인정보 이용 동의서

※ 다음 물음을 읽고 있음 또는 없음의 해당 [ ] 칸에 √ 표시를 하며, 있음에 표시한 경우 그 내용을 적습니다.

|  |       |       |             |
|--|-------|-------|-------------|
| 접수번호   | 접수일   | 처리일   | 처리기간 10일    |
| (1) 귀하는 조현병·조현정동장애·양극성 정동장애(조울병)·재발성 우울장애 등의 정신질환으로 인하여 치료받은 사실이 있습니까? |       |       | [ ]있음 [ ]없음 |
| (있는 경우)  | 병명    | 치료병원  |             |
|  | 치료개시일 | 치료종료일 |             |
| (2) 귀하는 치매, 정신 발육지연, 뇌전증으로 치료받은 사실이 있습니까?                              |       |       | [ ]있음 [ ]없음 |
| (있는 경우)  | 병명    | 치료병원  |             |
|  | 치료개시일 | 치료종료일 |             |
| (3) 귀하는 알코올·마약·대마 또는 항정신성의약품 관련 장애로 치료 받은 적이 있습니까?                     |       |       | [ ]있음 [ ]없음 |
| (있는 경우)  | 병명    | 치료병원  |             |
|  | 치료개시일 | 치료종료일 |             |

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

### 소방청장 귀하

#### 개인정보 이용 동의서

본인은 소방청장이 「다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법」 제16조제2항에 따른 화재위험평가 대행자 등록(변경) 결정사유의 해당여부 판단을 위해 국민건강보험공단 등 관계기관에 동의일로부터 최근 5년간 본인의 심신상실, 알코올·마약·대마 또는 항정신성의약품 관련 장애, 치매, 조현병·조현정동장애·양극성 정동장애(조울병)·재발성 우울장애 등의 정신질환, 정신 발육지연, 뇌전증의 치료경력을 조회하는 데 동의합니다.

년 월 일

동의인

(서명 또는 인)

#### 유의사항

- 기재하신 내용은 화재위험평가 대행자 등록(변경)신청 시 「다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법」 제16조제2항에 따른 결정사유의 해당여부 판단을 위한 자료로만 활용됩니다.
- 허위사실을 기재하여 화재위험평가 대행자로 등록(변경)한 경우 「다중이용업소의 안전관리에 관한 특별법」 제17조에 따라 화재위험평가 대행자 등록이 취소될 수 있습니다.