



## 건강 증명서 양식

### 의료 전문가 귀하:

본 양식은 미용업 또는 이발 업계 면허를 신청하기 위해 의사, 의사 보조 또는 임상 간호사의 검진을 받아야 하는 환자를 위한 양식입니다. 본 양식의 아래 내용을 작성하여 서명한 후 날짜를 기재해주시시오.

### 미용업 및/또는 이발사 지원자 귀하:

미용술(Cosmetology), 피부관리(Esthetics), 네일관리(Nail Specialty), 천연 헤어 스타일링(Natural Hair Styling), 왁싱(Waxing) 및 이발관리(Barbering) 분야의 면허를 신청하려면 건강 검진을 받아야 합니다. 담당 의사, 의사 보조 또는 임상 간호사가 본 건강 증명서를 작성 및 서명하고 해당하는 날짜를 기재해야 합니다. 건강 검진 일자로부터 30 일 이내에 온라인 면허 신청서를 제출하셔야 합니다.

### 안내 사항:

온라인으로 면허를 신청할 경우 하기 확인서에 포함된 정보를 사용해주세요. 본 양식의 정보를 해당 시스템 내 건강 증명서 항목에 입력해야 합니다.

**참고 사항:** 작성된 건강 증명서 양식은 관련 규정 준수 여부 확인을 위해 조사관의 감사를 거치게 됩니다. 감사를 위해 본 양식에 대한 증거를 근무지에서 3 년간 보관하셔야 합니다.

### 건강 증명서:

본인은 정식 면허를 보유한 의사 , 정식 면허를 보유한 의사 보조  또는 정식 면허를 보유한 임상 간호사  이며

이로써 \_\_\_\_\_ 에 \_\_\_\_\_ 에 대한  
(건강검진 일자) (신청자 이름)

정기 검진을 수행하고 있습니다. 본인은 신청인이 직업을 수행하는 동안 대중의 건강 또는 안전에 심각한 위험 또는 직접적인 위협이 될 만한 전염병이 존재한다는 어떠한 임상적 증거도 발견하지 못하였습니다.

의사 이름(정자체) \_\_\_\_\_ 날짜: \_\_\_\_\_

병원 주소: \_\_\_\_\_

의사 서명: \_\_\_\_\_ 직책: \_\_\_\_\_