



# Division of Licensing Services

뉴욕주  
국무부  
라이선스 서비스과  
외모 관리  
P.O. BOX 22049  
Albany, NY 12201-2049  
고객 서비스: (518) 474-4429  
<https://dos.ny.gov>

## 네일 스페셜티 신청서

각 질문에 답하고 응답을 정자로 작성해야 합니다. 신청서를 작성하기 전에 지침을 주의 깊게 읽으십시오.

### 신청자 정보

이름	성	중간 이름	호칭	
집 주소(번지 및 거리 이름 제공)			Suite, Apt., Unit.	
시	주	Zip+4	카운티	국가
우편 주소(이곳에 PO Box 기입)				
시	주	Zip+4	카운티	국가
이메일 주소	사회 보장 번호 (있다면)		연방 납세자 ID (있다면)	
생년월일:	집 전화	휴대폰	비즈니스 전화	

### 배경정보 데이터

예 또는 아니오

뉴욕주 네일 스페셜티 교육생 등록증을 발급받아본 적이 있습니까?

→ "예," 라면, 등록증 UID 번호와 만료 날짜를 작성하십시오: \_\_\_\_\_

네일 스페셜티 교육생 등록증 고유 ID 번호 UID 번호 \_\_\_\_\_ 만료 날짜 \_\_\_\_\_

네일 스페셜티 교육생은 라이선스 소지 네일 스페셜리스트의 감독 하에 근무하며 라이선스 소지 외모 관리 비즈니스에 고용됩니다.

귀하는 반드시 다음의 정보들을 기입해야 합니다.

수퍼바이저 네일 스페셜리스트 이름	수퍼바이저 네일 스페셜리스트 라이선스 고유 ID 번호*
외모 관리 상호명(Business name)	외모 관리 비즈니스 라이선스 고유 ID 번호*

\*라이선스 고유 ID 번호는 라이선스 인증서의 왼쪽 상단 모서리에 찾으십시오

---

# 네일 스페셜티 신청서

---

## 건강 증명서(Health Certification): — 신체 검사 후 30 일 이내에 이 신청서를 제출해야 합니다.

본인은 정당한 라이선스 소지의 의사, PA(physician assistant), 또는 NA(nurse practitioner)이며 이 신청서에 명시된 사람의, \_\_\_\_\_ (Date of Physical Examination) 신체 정규 신체검사 중에, 본인은 지원자의 직업 수행 시 대중의 건강 또는 안전에 중대한 위험이나 직접적인 위협을 야기할 수 있는 염증성 또는 전염병의 존재에 대한 임상적 증거를 발견하지 못했습니다

의사 이름 정자 기입 \_\_\_\_\_

검사 장소 주소 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

의사 서명 \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

---

---

## 아동 지원 성명—

이 신청서에 서명함으로써 본인은 본 신청일 현재 아동양육비 납부 의무가 없거나 아동양육비 납부 의무가 있는 경우, 아동양육비 지급에 4 개월 이상 연체되지 않았음을 서명합니다. 또는 본인은 소득 집행(income execution), 또는 법원에 의해 합의 지불 또는 상환 계획, 또는 당사자가 합의한 계획에 의해 지불을 하거나, 본인의 자녀 부양 의무가 진행 중인 법정 절차의 대상이거나, 본인이 생활 보조 또는 보조적 보장 소득을 받고 있음을 진술합니다.

**신청자 확인—** 본인은 위증죄 형벌 아래, 이 신청서에 있는 진술이 진실하고 정확함을 진술합니다. 본인은 나아가 일반 상법 제 27 조의 규정과 이에 의하여 공포된 규정들을 읽고 이해하였음을 확인합니다.

신청자 서명

X \_\_\_\_\_ 날짜 \_\_\_\_\_

---

귀하의 사업장이나 주소가 변경되면 이 부서에 반드시 알려주셔야 합니다.  
그래야 귀하의 라이선스와 관련된 갱신 안내 및 다른 중요한 통지를 받으실 수 있습니다.