|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **- 신종 코로나바이러스 감염증（“2019新型冠状病毒”）-**  **건강상태 확인서**  **（健康申报表）** | | | | | | | | | | | |
| 성명（姓名） | | | | | | | 성별（性别）  □ 남（ 男） □ 여（女） | | | | |
| 국적（国籍） | | | | | | | 생년월일（出生日期）  年 月 日 | | | | |
| 여권번호（护照号码） | | | | | | | 한국 입국 예정일（拟入韩日期）  年 月 日 | | | | |
| 본국 내 주소（在华住址） | | | | | | | 본국 내 연락처（在华联系方式） | | | | |
| 한국 내 주소（在韩住址） | | | | | | | 한국 내 연락처（在韩联系方式） | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 최근 30일 동안 체류한 도시를 모두 적으시오.  请填写最近30天内停留过的所有城市的名称。 | | | | | | | | | | | |
| 1) | | | 2) | | 3) | | | | 4) | 5) | |
| 최근 14일 이내에 후베이(湖北) 전역 또는 우한(武漢)에 방문 또는 체류한 사실이 있습니까?  最近14天内，是否访问过湖北地区或武汉市或者在此地区停留过？ | | | | | | | | | | | |
|  |  | [ | | ]예（是） |  | [ ]아니오（否） | | | | | |
| **최근 14일 동안에 아래 증상이 있었거나 현재 있는 경우 해당란에 "√" 표시를 하십시오.**  **是否曾经在14天内或正在患有下列症状，请在相应[ ]内打√。** | | | | | | | | | | | |
| [ ]발열（发烧） | | | [ ]오한（发冷） | | [ | ]두통（头痛） | | | [ ]인후통（咽痛） | | [ ]콧물  （流鼻涕） |
| [ ]기침（咳嗽） | | | [ ]호흡곤란  （呼吸困难） | | [ | ]구토（呕吐） | | | [ ]복통 또는 설사  （腹痛或腹泻） | | [ ]발진（出疹） |
| [ ]황달（黄疸） | | | [ ]의식저하  （意识模糊） | | [ ]점막 지속 출혈  （粘膜出血不止）  \* 눈, 코, 입 등  （\* 眼、鼻、嘴等） | | | | [ ]그 밖의 증상（其他症状） ( ) | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **위의 증상 중 해당하는 증상이 있는 경우에는 아래 항목 중 해당란에 "√" 표시를 하십시오.**  如有上列症状，请在下列相应[ ]内打√。 | | | | | | | | | | | |
| [ ] 증상 관련 약 복용 중  （正在服用相关药物） | | | | | | | | [ ] 병원 치료·진료를 받음  （在医院接受过或正在接受诊疗治疗） | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **해당 증상이 없는 경우에는 우측 "증상 없음"란에 "√" 표시를 하십시오.**  如无症状，请在右侧[ ]（无症状）内打√。 | | | | | | | | | | | [ ] 증상 없음  （无症状） |
| 본 확인서 작성을 기피하거나 거짓으로 작성하여 제출하는 경우 「출입국관리법」에 따라 **사증 발급 또는 입국이 거부되거나 체류가 제한될 수 있습니다.**  如回避填写本表，或者填写的内容不属实，一经发现，根据大韩民国《出入国管理法》规定，**会被拒签或拒绝入境，或者在韩停居留会受到限制**。  작성인은 위 건강상태 질문서를 사실대로 작성하였음을 확인합니다.  本人申明上述表格中所填写的内容属实。Date（日期） （年/月/日）  Applicant（申请人） （签名）  대한민국주광저우총영사관 귀하  大韩民国驻广州总领事馆 启 | | | | | | | | | | | |