|  |
| --- |
| **- 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 |