■ 건설기계관리법 시행규칙 [별지 제43호서식] <개정 2022. 12. 5.>

건설기계조종사면허 정기(수시)적성검사 신청서

(2쪽 중 1쪽)

접수번호	접수일시	발급일	처리기간 **즉시**

신청인	성명		**사 진** 3.5㎝×4.5㎝ (모자 벗은 상반신으로 배경 없이 6개월 내에 촬영한 것)
	주민등록번호	건설기계조종사면허번호	
	주소 (전화번호:)		
	휴대전화번호	전자우편	
	본인의 전자우편, 휴대전화 등을 이용해 건설기계조종사면허증 갱신기간 안내 등 건설기계조종사면허 정보를 제공받는 것에 동의하십니까? [ ]예 [ ]아니요		

「건설기계관리법 시행규칙」 제81조 또는 제82조에 따라 위와 같이 신청서를 제출합니다.

년 월 일

신청인 (서명 또는 인)

시장·군수·구청장 귀 하

신청인 제출서류	1. 건설기계조종사 면허증 2. 신청일 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진(3.5㎝×4.5㎝) 1장 3. 병력신고서 4. 제76조제5항에 따른 신체검사서, 다만, 「전자정부법」 제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 적성검사를 신청한 날부터 2년 내에 실시한 「국민건강보험법」 제52조 또는 「의료급여법」 제14조에 따른 신청인의 건강검진 결과 내역 정보 확인이 가능한 경우에는 제외한다. 5. 위임장 및 대리인 신분증(대리 신청하는 경우만 해당합니다) * 신분증은 확인 후 돌려드립니다.	수수료 2,500원
업무담당자 확인사항	1. 적성검사 신청일 부터 2년 이내에 실시한 「국민건강보험법」 제52조 또는 「의료급여법」 제14조에 따른 건강검진 결과 내역에 관한 정보(신청인이 해당 사항에 관한 정보를 제출하지 않은 경우만 해당합니다)	

행정정보 공동이용 동의서

본인은 이 건 업무처리와 관련하여 업무담당자가 「전자정부법」제36조에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 위의 업무담당자 확인사항을 확인하는 것에 동의합니다. * 동의하지 않는 경우에는 신청인이 직접 관련 서류를 제출해야 합니다.

신청인 (서명 또는 인)

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡)]

병력(病歷)신고서 (응시자가 작성)

- 정신질환, 경련성 질환, 마약류, 알콜중독 등 -

	있 음	없 음
(1) 귀하는 조현병·정동장애(情動障碍) 및 이에 준하는 증세로 인하여 치료받은 사실이 있습니까?		
(있는 경우) 병 명: 치료개시일: 치료종료일: 치료 병원:		
(2) 귀하는 경련성 질환(뇌전증) 등으로 치료받은 사실이 있습니까?		
(있는 경우) 병 명: 치료개시일: 치료종료일: 치료 병원:		
(3) 귀하는 마약·대마·향정신성의약품·알코올중독 등으로 치료받거나 사법기관에 단속된 사실이 있습니까?		
(치료사실이 있는 경우) 병 명: 치료개시일: 치료종료일: 치 료 병 원 :		
(단속된 사실이 있는 경우) 단속 일시: 위반 행위: 단속기관:		

년 월 일

응시자 (서명 또는 인)

※ 만일 허위사실을 적어 건설기계조종사면허를 받은 경우에는「건설기계관리법」 제41조제15호에 따라 1년 이하의 징역이나 1천만원 이하의 벌금형으로 처벌되고, 「건설기계관리법」 제28조제1호에 따라 건설기계조종사면허가 취소됩니다.

판정관 의견	[ ]적정 [ ]정밀검사 필요	판정관	(서명 또는 인)

신 체 검 사 서

(적성검사 신청일부터 2년 내에 발급된 건강검진 결과 통보서, 진단서 또는 병역판정 신체검사 결과 통보서로 확인이 가능한 경우 해당 부분에 대한 검사 생략 가능)

시 력			청 력 (제1종 소형은 해당 사항 없음)		적성기준에 따른 신체장애 여부					
					상지		다리		문진결과	
양안	좌	우	좌	우	적	부	적	부	적	부
그 밖의 의사 소견					검사결과 적격 여부					

년 월 일

병 원 장 (인)

의사면허번호 담당의사 (서명 또는 인)

담당의사 (인) ····· 자르는 선 ·····

건설기계조종사면허 신체검사서(병원 보관용)

성 명		주민등록번호	
주 소		연락처	

시 력			청 력 (제1종 소형은 해당 사항 없음)		적성기준에 따른 신체장애 여부					
					상지		다리		문진결과	
양안	좌	우	좌	우	적	부	적	부	적	부
그 밖의 의사 소견					검사결과 적격 여부					

년 월 일

병 원 장 (인)

의사면허번호 담당의사 (서명 또는 인)

210㎜×297㎜[백상지(80g/㎡)]