

<갑면>

제1차 건강진단			제1차 건강진단		
진단연월일	진단기관	진단의사명	진단연월일	진단기관	진단의사명
		(서명)			(서명)
진단연월일	진단기관	진단의사명	진단연월일	진단기관	진단의사명
		(서명)			(서명)
진단연월일	진단기관	진단의사명	진단연월일	진단기관	진단의사명
		(서명)			(서명)
진단연월일	진단기관	진단의사명	진단연월일	진단기관	진단의사명
		(서명)			(서명)
진단연월일	진단기관	진단의사명	진단연월일	진단기관	진단의사명
		(서명)			(서명)
진단연월일	진단기관	진단의사명	진단연월일	진단기관	진단의사명
		(서명)			(서명)
진단연월일	진단기관	진단의사명	진단연월일	진단기관	진단의사명
		(서명)			(서명)
진단연월일	진단기관	진단의사명	진단연월일	진단기관	진단의사명
		(서명)			(서명)

안 내 사 항

1. 이 수첩은 「진폐의 예방과 진폐근로자의 보호 등에 관한 법률」 제20조에 따라 발급한 진폐근로자(이직자) 건강관리 수첩입니다.
2. 이 수첩을 소지한 분은 매년 1회 정기적으로 무료 진폐건강진단을 받을 수 있으며, 진폐건강진단기관에서 건강진단시에 수첩을 반드시 제시하여야 합니다.
3. 이 수첩은 다른 사람에게 양도하거나 대여할 수 없으며 수첩의 기재내용은 사실과 달리 수정·변경·날조하여서는 아니됩니다.
4. 이 수첩이 분실·훼손 등의 사유가 있을 때에는 수첩을 재발급 받으시기 바랍니다.

**진폐근로자
건강관리수첩**



근로복지공단○○지역본부(지사)장 인

이 카드를 습득하신 분은 가까운 우체
통에 넣어주시기 바랍니다.
서울특별시 영등포구 명화1길 6
(우:150-981)

	3.5cm 4.5cm
사진	

○ 발급회차 :

○ 발급번호 :

○ 발급일자 :

○ 성 명 :

○ 생년월일 :

○ 주 소 :

[illegible][illegible][illegible]