

(기 관 명)

우 - 주소	/ 전화() -	/ 팩스() -
(^① 부서명)	(^② 부서장 직위 및 이름)	(담당자 이름)

문서번호:

시행일자:

수 신: 질병관리청장

제 목: 학술연구 또는 혈액 및 혈액제제 검사결과에 따른 인체면역결핍바이러스 감염인 발견신고

감염인에 관한 사항	성별	☐ 남 ☐ 여	^③ 주소지	
	생년월일		국적	☐ 내국인 ☐ 외국인
연구 또는 검사의 방법			^④ 검사물번호	
연구 또는 검사일	년 월 일		군부대 단체 헌혈 여부	☐ 예 ☐ 아니오
확인진단 방법			확인검사 기관	[] 질병관리청 [] 보건환경연구원() [] 의료기관() [] 의과대학() [] 질병관리청이 지정·고시하는 확인 검사기관()
확인진단일	년 월 일			

^⑤연구자 또는 검사자의 소속기관:

^⑥연구자 또는 검사자 이름: (^⑦서명 또는 날인)

작성요령

- ① 부서명, ② 부서장 직위 및 이름: 해당 사항이 있는 경우 정확히 기록합니다.
- ③ 주소지: 시·도와 시·군·구 및 읍·면·동까지 기록합니다.
- ④ 검사물번호: "연도 - 지역번호 - 보건소(병원)월별 - 검체번호"순으로 기록합니다.
(예: "2020년, 서울, 중구 보건소 1월, 검체번호 1번"인 경우 "20-01-중구01-01"로 기록)
- ⑤ 연구자 또는 검사자의 소속기관, ⑥ 연구자 또는 검사자 이름: 해당 사항이 있는 경우 정확히 기록합니다.
- ⑦ 서명 또는 날인: 전자문서로 신고하는 경우에는 생략합니다.

신고방법에 관한 안내

학술연구 또는 혈액 및 혈액제제 검사로 인체면역결핍바이러스 감염인을 발견한 경우 24시간 이내에 질병관리청장에게 신고하여 주십시오.