

(기 관 명)

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

문서번호:
시행일자:
수 신:
제 목: 인체면역결핍바이러스 감염인 • 후천성면역결핍증환자 발견 익명신고 • 보고

성별	[] 남 [] 여	국적	[] 내국인 [] 외국인	③검사물번호	
확인진단일	년 월 일	확인검사기관	[] 질병관리청 [] 보건환경연구원() [] 의료기관() [] 의과대학() [] 질병관리청이 지정 • 고시하는 확인 검사기관()		

④의료(검진)기관 지정번호:
⑤진단의사 이름: 면허번호: (⑥서명 또는 날인)

작성요령

- ① 부서명, ② 부서장 직위 및 이름: 해당 사항이 있는 경우 정확히 기록합니다.
③ 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)
④ 의료(검진)기관 지정번호, ⑤ 진단의사 이름: 해당 사항을 정확히 기록합니다.
⑥ 서명 또는 날인: 전자문서로 신고 또는 보고하는 경우에는 생략합니다.

신고방법에 관한 안내

익명으로 검진한 사람이 인체면역결핍바이러스 감염인으로 밝혀진 경우 24시간 이내에 관할 보건소로 신고하여 주십시오.