

병력(病歷) 신고 및 개인정보 이용 동의서

※ 다음 물음을 읽고 있음 또는 없음의 해당 [] 칸에 √표시를 하며, 있음에 표시한 경우 그 내용을 적습니다.

접수번호	접수일	처리일	처리기간 10일
(1) 귀하는 조현병·정동장애(情動障礙)·재발성우울장애 등의 정신질환으로 치료받은 사실이 있습니까?			[]있음 []없음
(있는 경우)	병명	치료병원	
	치료개시일	치료종료일	
(2) 귀하는 치매·정신발육지연·뇌전증 등으로 치료받은 사실이 있습니까?			[]있음 []없음
(있는 경우)	병명	치료병원	
	치료개시일	치료종료일	
(3) 귀하는 마약·대마·향정신성의약품의 사용 또는 알코올 중독 등으로 치료받거나 수사기관에 단속된 사실이 있습니까?			[]있음 []없음
(치료사실이 있는 경우)	병명	치료병원	
	치료개시일	치료종료일	
(단속된 사실이 있는 경우)	단속일시	단속기관	
	위반행위		

년 월 일

신고인

(서명 또는 인)

○○ 경찰서장 귀하

개인정보 이용 동의서

본인은 배치지 관할 경찰관서장이 「경비업법」 제10조제2항에 따른 특수경비원 결격사유에 해당여부 판단을 위해 국민건강보험공단 등 관계기관에 동의일부터 최근 5년간 본인의 심신상실, 마약·대마·향정신성의약품·알코올 중독, 치매, 조현병·조현정동장애·양극성정동장애(조울병)·재발성우울장애 등의 정신질환 또는 정신 발육지연, 뇌전증 등의 치료경력을 조회하는 것에 동의합니다.

년 월 일

동의인

(서명 또는 인)

유의사항

- 기재하신 내용은 「경비업법」 제10조제2항에 따른 특수경비원 결격사유에 해당여부 판단을 위한 자료로만 활용됩니다.
- 허위사실을 기재하여 특수경비원으로 배치된 경우 「경비업법」 제24조에 따라 배치가 폐지될 수 있습니다.