

## 항공신체검사증명 신청서 (Application form for Airman Medical Certificate)

□ 신청인 기재사항

발급번호(No.) :

1) 성(Last name)	이름(First name)	Middle name	2) 생년월일 (Date of birth)	3) 성별(Sex)	4) 응시(Application)
한글(Korean)				남성(Male) <input type="checkbox"/>	최초(Initial) <input type="checkbox"/>
영문(English)				여성(Female) <input type="checkbox"/>	갱신(Renewal) <input type="checkbox"/>
5) 증명 항공신체검사(Class of Medical Certificate applied for) 1종(1st) <input type="checkbox"/> 2종(2nd) <input type="checkbox"/> 3종(3rd) <input type="checkbox"/>			6) 항공신체검사 잔여유효기간 (Valid Date of Medical Certificate)		7) 국적(Nationality)
9) 소지자격(Type of license applied for): ■ 자격번호(Number of Aviation license): ■ 자격취득일(Issue Date of Aviation license):					
10) 주소(Address): ■ 연락처(Telephone No.):			■ 이메일(E-mail):		
11) 제한사항(Any limitations on medical certificate?) ■ 세부항목(Details):			■ 있음(Yes) <input type="checkbox"/> ■ 없음(No) <input type="checkbox"/>		
12) 총비행시간(Total flight time):			시간(hours)		
13) 지난 신체검사 이후 비행시간(Flight time since last medical examination):			시간(hours)		
14) 활용목적(Type of flying intended) ■ 항공운송(commercial air transport) <input type="checkbox"/> (기종 Aircraft currently flown: ) ■ 비행교관(flying instruction) <input type="checkbox"/> ■ 자가용(private) <input type="checkbox"/> ■ 기타(others) <input type="checkbox"/> (세부사항 Details: )					
15) 음주여부(Do you drink alcoholic beverages?) 예(Yes) <input type="checkbox"/> 아니오(No) <input type="checkbox"/> ■ 1주에 평균 며칠이나 술을 마십니까?(How often do you drink in week on average?): 일(day(s)) ■ 술을 마실 때 보통 하루에 얼마나 마십니까?(How much do you usually drink in a day when you drink?): 잔(glass(es))					
16) 흡연여부(Do you smoke tobacco products?) ■ 경험 없음(never) <input type="checkbox"/> ■ 과거에 흡연(previously) <input type="checkbox"/> (금연 시작 연도/Date stopped: ) ■ 현재도 흡연(currently) <input type="checkbox"/> (흡연량, 흡연기간/amount and number of years: )					
17) 비처방약을 포함한 현재 복용약 유무(Do you currently use any medication, including non-prescribed Medication?) 있음(Yes) <input type="checkbox"/> 없음(No) <input type="checkbox"/> ■ 복용약이 있다면, 약명, 복용 시작일, 복용량, 복용사유(진단명)를 기재(If Yes, state name of medication, date commenced, daily or weekly dose, and cause(diagnosis):					
18) 주요병력(General and medical history) ■ 과거 또는 현재 아래 경험이 있으면 '있음', 없으면 '없음'칸에 √ 표기하여 주십시오 (Do you have, or have you ever had, any of the following? Yes or No must be ticked after each)					
있음/없음 (yes)/(No)		있음/없음 (yes)/(No)		있음/없음 (yes)/(No)	
19) 안질환/안수술 (Eye disorders/eye surgery)	<input type="checkbox"/>	31) 두부외상 (Head injury or concussion)	<input type="checkbox"/>	43) 성병(Sexually transmitted disease)	<input type="checkbox"/>
20) 안경/콘택트렌즈 착용 (Spectacles and/or contact lenses ever worn)	<input type="checkbox"/>	32) 빈번하거나 심각한 두통 (Frequent or severe headaches)	<input type="checkbox"/>	44) 병원입원(Admission to hospital)	<input type="checkbox"/>
21) 지난 신검이후 안경 또는 콘택트렌즈 처방 변화 (Spectacles/contact lens prescriptions/change since last medical exam)	<input type="checkbox"/>	33) 신경계 이상(뇌졸중, 경련, 발작, 마비) (Neurological disorders(stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc))	<input type="checkbox"/>	45) 지난 신검이후 병원방문 (Visit to medical practitioner since last medical examination)	<input type="checkbox"/>
22) 고초열, 알러지 (Hay fever, other allergy)	<input type="checkbox"/>	34) 현기증, 실신 (Dizziness or fainting spells)	<input type="checkbox"/>	46) 기타 질병, 사고 (Any other illness or injury)	<input type="checkbox"/>
23) 천식, 폐질환 (Asthma, lung disease)	<input type="checkbox"/>	35) 의식상실 (Unconsciousness for any reason)	<input type="checkbox"/>	47) 보험가입 거절 (Refusal of life insurance)	<input type="checkbox"/>
24) 심장 또는 혈관질환 (Heart or vascular disease)	<input type="checkbox"/>	36) 말라리아, 풍토병 (Malaria or other tropical disease)	<input type="checkbox"/>	48) 의병제대 (Medical rejection from or for military service)	<input type="checkbox"/>
25) 고·저혈압 (High or low blood pressure)	<input type="checkbox"/>	37) 정신이상, 심리적 문제 (Psychological/psychiatric trouble of any sort)	<input type="checkbox"/>	49) 질병, 상해연금, 보상금 (Award of pension or compensation for injury or illness)	<input type="checkbox"/>
26) 신장결석 또는 혈뇨 (Kidney stone or blood in urine)	<input type="checkbox"/>	38) 알콜/약물 남용 (Alcohol/drug/substance abuse)	<input type="checkbox"/>	50) 항공기사고(Aircraft accident)	<input type="checkbox"/>
27) 당뇨, 호르몬 이상 (Diabetes, hormone disorder)	<input type="checkbox"/>	39) 자살시도(Attempted suicide)	<input type="checkbox"/>	<b>여성 (Females only)</b>	
28) 위, 간, 장질환 (Stomach, liver or intestinal trouble)	<input type="checkbox"/>	40) 약물을 필요로 하는 비행멀미 (Motion sickness requiring medication)	<input type="checkbox"/>	51) 부인과적 질환 (Gynaecological disorders(including menstrual))	<input type="checkbox"/>
29) 난청, 귀질환 (Deafness, ear disease)	<input type="checkbox"/>	41) 빈혈, 혈액계 질환 (Anaemia/Sickle cell trait/other blood disorders)	<input type="checkbox"/>	52) 임신여부 (Are you pregnant?)	<input type="checkbox"/>
30) 코, 목, 발성 이상 (Nose or throat disease or speech disorder)	<input type="checkbox"/>	42) HIV 양성(A positive HIV test)	<input type="checkbox"/>		
주석(Remarks): √ 표기한 항목에 대해 상세 기술(시기, 원인, 병명, 수술종류 등) (If yes, state date, cause, diagnosis and name of the operation etc.)					
63) 항공신체검사증명 부적합 판정, 정지 또는 취소 경험(Have you ever had an aviation Medical Assessment denied, suspended or revoked by any licensing authority? If yes, state details.) ■ 있음(Yes) <input type="checkbox"/> ■ 없음(No) <input type="checkbox"/> ■ 일시(Date)/사유(Reason):					
64) 「항공안전법 제40조 및 같은 법 시행규칙 제93조제1항에 따라 항공신체검사증명을 신청합니다. 본인은 이 신청서에 본인이 알고 있는 모든 과거병력(주요병력)을 적었으며, 만약 본 신청서의 기재사항에 허위가 있을 경우 「항공안전법 제40조에 따른 부정행위로 간주되어 2년간 이 법에 따른 항공신체검사증명을 받을 수 없으며, 기 발급된 항공신체검사증명이 정지 또는 취소될 수 있음」을 확인합니다. I apply for the airman medical certificate prescribed in Article 40 of Aviation Safety Act and Article 93-1 of Enforcement Regulation of Act. I confirm that all statements and answers provided from me on this application form are complete and true to the best of my knowledge and I agree that any falsification on them is considered as a fraudulent act in accordance with Article 40 of Aviation Safety Act which may result in suspension or revocation of the medical certificate issued to me, as well as denial of the application for an airman medical certificate for 2 years.					
신청인(Applicant):				년(yyyy)	월(mm) 일(dd) 서명 또는 인(signature)

