


* 본 등록신청서에 기재된 정보를 토대로 대사관에 서류가 제출되므로, 대사관에 **기제출한 정보와 반드시 동일하게 작성해주시기** 바랍니다.
 * **한국인의 경우, 한글로 작성해주시기** 바랍니다. (미국 거주 예정지 주소 제외) **잘 읽어보시고, 모든 빈칸을 꼼꼼히 채워주시기** 바랍니다.

* The documentation for the US embassy is completed based on this information. Please fill out the form as submitted to the Embassy.

* Please read thoroughly and fill out every single box.

 SEOUL NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL 등록신청서(Registration Form)		이름(Name):		휴대폰 번호(Cell phone number)	
Applicant Category 비자종류	Immigrant Visa <input type="checkbox"/> Immigrant <input type="checkbox"/> Special Immigrant (S/V) <input type="checkbox"/> Diversity <input type="checkbox"/> Adoptee	Refugee <input type="checkbox"/> Refugee <input type="checkbox"/> Visa 93	Asylee <input type="checkbox"/> Asylee <input type="checkbox"/> Visa 92	Non-Immigrant Visa (N/V) <input type="checkbox"/> K-visa <input type="checkbox"/> Other NIV	Parolee <input type="checkbox"/> Parolee
	케이스 번호 Case Number(SEO+숫자10자리) SEO / 미군부대제출용 (For US army)		태어난 장소(도시, 국가) Birthplace(City, Country) 도시(City): 국가(Country):		평생 살아오는 동안 6개월 이상 거주했던 모든 해외 국가 Countries you have lived over 6 months in your lifetime YES: / NONE 가장 최근 국가에 동그라미해주세요. Please circle the most recent country.
현재 거주 주소 Present Address of Residence				Present Postal Code of Residence 현재 거주지 우편번호	
미국 거주 예정지 주소 Intended US Address (영문작성)				미국 거주 예정지 우편번호 Intended US Postal Code	
이메일 주소 E-mail Address(비자가 진행되고 있는 이메일 주소, 가족의 경우 같은 경우가 대부분이나 다를 수 있으므로 확인 필요)		※ 아래 사항에서 현재 또는 과거에 해당사항이 있는 경우 표시하세요. Please check the box if the following is relevant. <input type="checkbox"/> 의학적 사유의 정신장애, 알코올 및 약물에 의한 심각한 상해, 재산 상피해, 법적 문제 발생 및 음주운전 Mental disorders, injuries/legal issues related to drug/alcohol use, DUI etc. / <input type="checkbox"/> NONE			
현재 치료중인 질환 Medical Conditions Currently Under Treatment YES: / NONE		과거 수술력 History of Previous Surgeries YES: / NONE			
현재 복용중인 약 Current Medication YES: / NONE		수두 이력 History of Varicella(Chicken pox): ※흔적/흉터만으로 인정 되지 않고 (none), 병원치료기록이나 병원 진단기록(yes)으로 인정됩니다※ YES(기록증빙 필요) / NONE			
여성만 해당(Women only)					
임신 중 혹은 가능성 Pregnant or Possibility of Pregnancy YES / NO 임신 중일 경우 출산예정일 If Pregnant, Expected Delivery Date: 과거 출산력(자녀 생년월일) Pregnancy History (Children's Date of Birth):					
검진 결과 보고(직원 기재란) Result report date (Will be filled out by the staff): 직원이 기재한 검사 결과 보고 날짜를 확인하십시오. 결과에 문제가 없는 경우 문자 보내드리고, 이상 있으면 전화 드립니다. E-medical 대상자 분들은 대사관으로 검사결과가 온라인(전자) 전송됩니다.				오후 4시 이후(After 4PM)	
✉️ 대사관에 가져갈 필요 없는 백신 & 흉부 엑스레이 복사본 (본인보관용) 등기 발송 여부 (아래 해당란에 동그라미 해주세요!) 이메디컬 아닌 분들(K-visa, 미군부대제출용 등등)은 제출 필요한 밀봉된 결과지 동봉됩니다. Vaccination copy & Chest X-ray CD: Send by Post (Registered mail) YES (등기발송 Send by Post) / NO (내원하여 수령 Come to Collect)					
✉️ 등기 신청한 분들은 검진 결과가 나오는 날 등기로 발송해 드릴 예정이며, 등기는 1~2일 소요 될 수 있습니다. 등기 발송 시 예외적으로 분실 등의 예기치 못한 상황이 있을 수도 있으므로, 이에 동의하시는 경우 등기 신청 해주시기 바랍니다. We will send it by the post when the results are ready, and the delivery may take 1-2 days. There may be an unexpected situation, such as loss while delivery, so if you understand and agree to such situations, please apply for the results to be sent by the post.					
본인은 미국이민비자신체검진의 목적을 이해하였으며, 본 검진에 필요한 검사를 시행하는 것에 동의하고 서명합니다. 주한미국대사관에서 이민비자 신체검진결과에 관련된 기록을 요청하는 경우, 검진관련 정보를 서울대학교병원이 대사관에 제공하는 것에 동의합니다. I certify that I fully understand the purpose of the US visa medical examination and that I authorize the required tests to be completed. If information regarding my US visa medical examination is requested by the US Embassy in Seoul, I consent for Seoul National University Hospital to provide that information to the Embassy.				여권상 서명 / Signature on the passport	