

갑상샘 방호 약품 사전배포 신청서(주민용)

신청인 (본인)	성명		성별	[] 남 [] 여
	생년월일		연락처	
	주소		갑상샘 방호 약품 신청(총량) () 정 ※ 1명당 2회 복용량으로 한정합니다.	

대리 수령 가족 정보	성명	생년월일	신청인과의 관계	대리수령 동의 (서명 또는 인)	성명	생년월일	신청인과의 관계	대리수령 동의 (서명 또는 인)

※ 본인 및 대리수령 가족(성명 기입)의 성명 옆 란에 아래 해당하는 항목 번호를 모두 기입해 주십시오.
해당 항목이 없을 경우 ‘해당없음’ 으로 기입해 주십시오.

복용 불가 여부 확인	① 갑상샘 방호 약품의 성분인 요오드에 과민반응(요오드 과민증)을 보이는 사람 ② 갈락토스 불내성(흡수장애), 젖당분해효소결핍증 또는 포도당-갈락토스흡수장애 등의 유전적 인 문제가 있는 사람 ③ 폐결핵 환자, 헤르페스모양피부염 환자, 저보체혈성 혈관염 환자, 심장질환을 동반한 갑상샘결절 질 환자			
	신청인(본인)	항목 번호 기입	성명	항목 번호 기입
	성명	항목 번호 기입	성명	항목 번호 기입
	성명	항목 번호 기입	성명	항목 번호 기입
	성명	항목 번호 기입	성명	항목 번호 기입

상담 필요 여부 확인	① 갑상샘기능항진증 ② 갑상샘기능저하증 ③ 심장기능장애 ④ 순환기계기능장애 ⑤ 신장기능장애 ⑥ 저단백혈증 ⑦ 선천성 근강직증 ⑧ 고칼륨혈증 ⑨ 알칼리증 ⑩ 소화성궤양 ⑪ 갑상샘관련질환 ⑫ 칼륨함유제제 복용중 ⑬ 칼륨저류성 이뇨제 복용중 ⑭ 리튬제제 복용중 ⑮ 방사성요오드제제 복용중 ⑯ 제산제 복용중			
	신청인(본인)	항목 번호 기입	성명	항목 번호 기입
	성명	항목 번호 기입	성명	항목 번호 기입
	성명	항목 번호 기입	성명	항목 번호 기입
	성명	항목 번호 기입	성명	항목 번호 기입

「원자력시설 등의 방호 및 방사능 방재 대책법」 제35조의2제2항·제3항 및 같은 법 시행규칙 제18조
의2제5항에 따라 위와 같이 갑상샘 방호 약품의 사전배포를 신청합니다.

년 월 일

신청인

(서명 또는 인)

제시 서류	1. 신청인 본인 신분증(주민등록증, 여권, 운전면허증, 학생증, 그 밖에 공공기관에서 발행한 본인확인증 등) 제 시. 다만, 17세 미만의 미성년자로서 신분증이 없는 경우에는 신분증을 제시하지 않을 수 있습니다. 2. 가족관계증명서, 주민등록표 등본 등 신청인과 수령대상 가족과의 관계를 증명할 수 있는 서류 제시(생계를 같 이 하는 「민법」 제779조에 따른 가족이 대리신청하는 경우만 해당하며, 이 경우 생년월일만 표시하여 발급된 서류를 제시합니다)
-------	--

유의사항

위의 복용불가 항목에 해당하는 사람은 갑상샘 방호 약품 배포대상에서 제외되며, 상담필요 항목에 해당하는 사람은 추가적인
상담을 거쳐 배포 여부가 결정됩니다.