

- 코로나19 (COVID-19) -  
건강상태 확인서  
(Health Condition Report Form)

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| 성명(Name)                         | 성별(Sex)<br><input type="checkbox"/> 남(M) <input type="checkbox"/> 여(女) |
| 국적(Nationality)                  | 생년월일(Date of Birth)<br>(MM/DD/YYYY)                                    |
| 여권번호(Passport Number)            | 한국 입국 예정일(Expected Date of Entry)<br>(MM/DD/YYYY)                      |
| 본국 내 주소(Address in Home Country) | 본국 내 연락처(Phone Number in Home Country)                                 |
| 한국 내 주소(Address in Korea)        | 한국 내 연락처(Phone Number in Korea)  |

최근 30일 동안 체류한 도시를 모두 적으시오.  
Please list all cities you have stayed within 30 days prior to application.

|    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|
| 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
|----|----|----|----|----|

최근 14일 동안에 아래 증상이 있었거나 현재 있는 경우 해당란에 "√" 표시를 하십시오.  
Please mark any of the following symptoms you currently have or have experienced in the last 14 days

|                  |                                     |   |  |                        |
|------------------|-------------------------------------|---|--|------------------------|
| [ ] 발열(Fever)    | [ ] 오한(Chills)                      | [ ] 두통(Headache)  | [ ] 인후통<br>(Sore throat)                     | [ ] 콧물<br>(Runny nose) |
| [ ] 기침(Cough)    | [ ] 호흡곤란<br>(Shortness of breath)   | [ ] 구토(Vomiting)  | [ ] 복통 또는 설사<br>(Abdominal pain or Diarrhea) | [ ] 발진(Rash)           |
| [ ] 황달(Jaundice) | [ ] 의식저하<br>(Loss of consciousness) | [ ] 점막 지속 출혈<br>(Bloody mucus)<br>* 눈, 코, 입 등<br>(*Eyes, nose, mouth, etc.) | [ ] 그 밖의 증상(Other symptoms)<br>( )           |                        |

위의 증상 중 해당하는 증상이 있는 경우에는 아래 항목 중 해당란에 "√" 표시를 하십시오.  
If you marked any of the above symptoms, please mark all of the following that apply.

|   |  |
|---|--|
| [ ] 증상 관련 약을 복용하고 있음<br>(Medication taken for symptoms) | [ ] 병원 치료·진료를 받고 있음<br>(Undergone diagnosis or medical care) |
|---|--|

해당 증상이 없는 경우에는 우측 "증상 없음"란에 "√" 표시를 하십시오. [ ] 증상 없음  
If none of the symptoms apply, please mark the "No Symptoms" box. (No Symptoms)

이 확인서의 작성을 기피하거나 확인서를 거짓으로 작성하여 제출하는 경우 「출입국관리법」에 따라 사증발급 또는 입국이 거부되거나 체류가 제한됩니다.  
Making false statements concerning your health or failing to fill out the form may result in a denial of visa, entry into or permission of stay in the ROK in accordance with the Immigration Act of the Republic of Korea.

본인은 이 확인서를 사실대로 작성하였음을 확인합니다.  
I confirm that the information provided above is true and correct.  
Date (MM/DD/YYYY)

Applicant (Signature)  
주베트남대한민국대사 귀하  
Ambassador of the Republic of Korea in Vietnam

- 코로나19 (COVID-19) -  
**건강상태 확인서**  
**(Giấy xác nhận tình trạng sức khỏe)**

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 성명(Họ và tên)                 | 성별(Giới tính)<br><input type="checkbox"/> 남(Nam) <input type="checkbox"/> 여(Nữ) |
| 국적(Quốc tịch)                 | 생년월일(Ngày tháng sinh)<br>(MM/DD/YYYY)   |
| 여권번호(Số hộ chiếu)             | 한국 입국 예정일(Ngày nhập cảnh dự kiến)<br>(MM/DD/YYYY)                               |
| 본국 내 주소(Địa chỉ tại Việt Nam) | 본국 내 연락처(Số điện thoại tại Việt Nam)  |
| 한국 내 주소(Địa chỉ tại Hàn Quốc) | 한국 내 연락처(Số điện thoại tại Hàn Quốc)  |

최근 30일 동안 체류한 도시를 모두 적으시오.  
 Hãy ghi tất cả những thành phố bạn đã đến trong vòng 30 ngày gần đây

|    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|
| 1) | 2) | 3) | 4) | 5) |
|----|----|----|----|----|

최근 14일 동안에 아래 증상이 있었거나 현재 있는 경우 해당란에 "√" 표시를 하십시오.  
 Hãy đánh dấu "√" vào những triệu chứng bạn đã hoặc đang có trong vòng 14 ngày gần đây.

|                 |                             |   |   |                           |
|-----------------|-----------------------------|---|---|---------------------------|
| [ ] 발열(Sốt)     | [ ] 오한(Cảm lạnh)            | [ ] 두통(Đau đầu)   | [ ] 인후통<br>(Đau họng)                     | [ ] 콧물<br>(Chảy nước mũi) |
| [ ] 기침(Ho)      | [ ] 호흡곤란<br>(Khó thở)       | [ ] 구토(Buồn nôn)  | [ ] 복통 또는 설사<br>(Đau bụng hoặc tiêu chảy) | [ ] 발진(Phát ban)          |
| [ ] 황달(Vàng da) | [ ] 의식저하<br>(Mất nhận thức) | [ ] 점막 지속 출혈<br>(Máu khó đông)<br>* 눈, 코, 입 등<br>(* mắt, mũi, miệng, v.v) | [ ] 그 밖의 증상(Triệu chứng khác)<br>( )      |                           |

위의 증상 중 해당하는 증상이 있는 경우에는 아래 항목 중 해당란에 "√" 표시를 하십시오.  
 Trong trường hợp có những triệu chứng như trên, hãy đánh dấu "√" vào mục dưới đây.

|   |  |
|---|--|
| [ ] 증상 관련 약을 복용하고 있음<br>(Đang uống thuốc liên quan đến triệu chứng) | [ ] 병원 치료·진료를 받고 있음<br>(Đang điều trị tại bệnh viện) |
|---|--|

해당 증상이 없는 경우에는 우측 "증상 없음"란에 "√" 표시를 하십시오.  
 Trong trường hợp không có triệu chứng như trên, đánh dấu "√" vào phần "Không có triệu chứng".

이 확인서의 작성을 기피하거나 확인서를 거짓으로 작성하여 제출하는 경우 「출입국관리법」에 따라 사증발급 또는 입국이 거부되거나 체류가 제한됩니다.

Trong trường hợp khai báo sai sự thật hoặc không khai báo theo mẫu đơn này, có thể bị từ chối Visa, nhập cảnh hoặc lưu trú tại Hàn Quốc theo 「Luật quản lý xuất nhập cảnh」.

본인은 이 확인서를 사실대로 작성하였음을 확인합니다.  
 Tôi xin cam đoan rằng những điều tôi khai báo trên là sự thật.  
 Ngày khai báo (MM/DD/YYYY)

Người khai báo (Chữ ký)  
 주베트남대한민국대사 귀하  
 Đại sứ Hàn Quốc tại Việt Nam

## 격리 동의서 (ĐƠN ĐỒNG Ý CÁCH LY)

<아래사항에 동의 거부 시 입국 불허나 강제퇴거조치 함,  
Trường hợp không đồng ý với các nội dung bên dưới sẽ bị từ chối nhập  
cảnh hoặc cưỡng chế về nước>

본인은 감염병예방법 제42조 및 검역법 제16조 등에 따라 입국 후 14일간 격리조치(①자가 격리 또는 ②대한민국 정부가 별도 지정하는 시설에 격리)를 받음에 동의하며, ②의 경우 이로 인한 식비, 숙박비, 교통비 등 제반비용을 충당하기 위해 부과되는 비용(1인당 140만원)을 입국 시 전액 납부하는 것에 동의합니다.(입국심사에서 격리 면제자로 결정되는 경우에는 해당 없음)

Tôi đồng ý bị cách ly (① Cách ly tại nhà ② Cách ly tại địa điểm mà chính phủ Hàn Quốc chỉ định) trong 14 ngày sau khi nhập cảnh theo Điều 42 của Luật phòng ngừa bệnh lây nhiễm và Điều 16 của Luật kiểm dịch. Trong trường hợp ②, Tôi cũng đồng ý nộp tất cả chi phí phát sinh do cách ly (1,400,000 KRW/ 1 người) bao gồm ăn uống, ở trọ, giao thông..v.v. tại thời điểm nhập cảnh (Đơn này không áp dụng với đối tượng được công nhận miễn cách ly thông qua quá trình kiểm tra xuất nhập cảnh.)

동의함/ Đồng ý       동의하지 않음/ Không đồng ý

2020년 (Năm)

월(Tháng)

일 (Ngày)

(서명 또는 인) (Ký tên)