

# 2019년도 제16회 전문간호사 자격시험을 위한 외국전문간호사 자격자 응시자격 심사계획 공고

『2019년도 제16회 전문간호사 자격시험을 위한 외국전문간호사 자격자 응시자격 심사』를 전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙 제3조에 의거하여 다음과 같이 공고함.

2019년 03월 19일

## 한국간호교육평가원장

### 01. 심사분야

심사구분	분야
외국전문간호사 자격자 응시자격 심사	가정, 감염관리, 노인, 마취, 산업, 아동, 응급, 임상, 정신, 종양, 중환자, 호스피스 (총 12개 분야, 보건제외)

### 02. 심사일정

구분	일정		비고
	응시자격 심사서류	응시원서	
응시자격 심사서류 및 응시원서 접수	방법	우편접수	· 응시자격 심사서류(우편) : 05. 31 (금) 18:00 도착분에 한함.  · 응시원서(온라인) : 심사수수료 및 응시수수료 납입 증명서류 스캔파일 첨부.
	접수처	온라인 접수	
	기간	본원 홈페이지 「자격시험응시」 클릭 ( <a href="http://www.kabone.or.kr">http://www.kabone.or.kr</a> )	
자격심사 결과발표	일시	2019. 05. 13 (월) 10:00 ~ 05. 31 (금) 18:00	· 본원 홈페이지 마이페이지에서 확인 ( <a href="http://www.kabone.or.kr">http://www.kabone.or.kr</a> ).
		2019. 06. 14 (금) 14:00 이후	

### 03. 심사대상

- 보건복지부장관이 인정하는 외국의 해당 분야 전문간호사 자격증 소지자  
: 「전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙」 제3조제2호에 의거.

#### 04. 제출서류

구분	서류
신청서	① 전문간호사 자격시험 응시자격 심사 신청서 [양식 1]
첨부서류	② 자격증 사본 ③ 해당 분야 실무경력 증명서 ④ 교육 수료증 또는 졸업증명서 ⑤ 교과과정표(curriculum) 및 교수요목(syllabus) ⑥ 기타 추가 요청자료(개별 통지)

#### 05. 수수료 납부 및 환불

- 수수료 납부가 완료된 경우에 한하여 접수가 완료되며, 응시자격 심사 결과 ‘부적격’ 시 자격시험 응시수수료는 환불됨(응시자격 심사수수료 환불 불가).

구분	금액	납부기한	입금계좌
응시자격 심사수수료	30,000원	2019. 05. 13 (월) 10:00 ~ 05. 31 (금) 18:00	신한은행 140-009-638383 (예금주: 재단법인 한국간호교육평가원)
자격시험 응시수수료	300,000원		
합 계	330,000원		

- 납부방법: 계좌이체
- ※ 입금 시 반드시 **응시분야명과 본인의 명의로 입금**하여야 함.  
**예) 가정분야 응시자 김순이 → ‘가정김순이’**

#### 06. 심사결과 발표

- 심사 결과는 **2019년 06월 14일 (금) 14:00 이후** 본원 홈페이지 마이페이지를 통해 확인.

#### 07. 기타 유의사항

- 제출되는 모든 서류의 성명, 면허번호, 생년월일 등은 실제와 일치하여야 하며, 허위 증빙자료를 제출하는 등의 부정한 방법으로 응시한 자 또는 전문간호사 자격시험에서 부정행위를 한 자에 대하여는 그 수험을 정지시키거나 합격을 무효로 함과 동시에 향후 자격시험 응시를 제한할 수 있음.
- 기재사항의 착오 또는 누락으로 인한 불이익은 응시자의 책임으로 함.
- 현 국적이 외국으로 되어 있는 응시자는 반드시 해당 국적을 정확히 기재하여야 함.
- 제출된 서류는 일체 반환되지 않음.
- 접수기간 내에 응시수수료가 미납된 경우 응시원서 접수를 하지 않은 것으로 간주함.
- 문의: 한국간호교육평가원(☎1833-6230, ARS 3번, ✉ apn@kabone.or.kr)

[양식 1] (응시자 작성)

전문간호사 자격시험 응시자격 심사 신청서  
- 외국 전문간호사 자격자 -

응시분야	( )				
신청인	성명	(영문)			주민등록 번호
	주소	국내			국 적
		국외			
전화	(휴대전화)		e-mail		
외국 전문간호사 교육기관	교육 기관명				소재국
	주소				홈페이지
외국 전문간호사 자격증	자격증 발급기관				
	자격번호				
	자격취득일			자격유효기간	
국내 실무경력 <small>* 전문간호사 자격인정 등에 관한 규칙[별표 1] 참조</small>	근무기간	근무기관명		근무부서명	
	( . . ~ . . )				
	( . . ~ . . )				
	( . . ~ . . )				
총 실무경력 : ( )년 ( )개월					
첨부서류	<input type="checkbox"/> 자격증 사본 1부 <input type="checkbox"/> 해당 분야 실무경력 증명서 1부 <input type="checkbox"/> 교육 수료증 또는 졸업증명서 1부 <input type="checkbox"/> 교과과정표(curriculum) 및 교수요목(syllabus) 각 1부				

년 월 일  
위 신청인 (인 또는 서명)

보건복지부장관  
한국간호교육평가원장 귀하