

2026년 8월 졸업예정자 중독여부확인 서류 제출 안내

「초·중등교육법」 및 「유아교육법」, 「교원자격검정령」 및 「교원자격검정령 시행규칙」에 따라, 교원자격증 취득을 원하는 졸업자는 마약·대마·향정신성의약품 중독자 여부 판별을 위한 의사의 진단서 또는 검사결과통보서를 제출해야 합니다.

2026년 8월 졸업예정인 교직이수예정자는 다음의 안내를 확인하여 약물중독 검사결과를 기간 내에 교원양성센터로 제출하시기 바랍니다.

1. 제출서류: **마약·대마·향정신성의약품 중독자가 아님을 증명하는 검사결과통보서 또는 진단서**

2. 검진방법: 의료기관에서 개별 검사 → 검사결과통보서 또는 진단서 발급
(의료기관에 따라 검사 비용 및 통보서 발급 기간 상이)

1차검사 (중독 여부를 확인할 수 있는 검사)	음성 반응	▶	검사결과통보서 발급/제출	- 의료기관 방문 수령, “음성/양성” 결과 기재
	양성 반응	▶	2차 검사(음성) 또는 의사 상담 후 진단서 발급/제출	- 일부 치료용 약물 투약자의 경우, ‘양성’ 반응 시 진단서 제출 필요 - 병원 재방문 2차 검사 또는 상담으로 중독 여부를 추가 진단 - 병원 방문 접수, 의사 상담 후 수령 (“중독자가 아님을 증명함” 기재)

가. 검사 종류는 정해져 있지 않으나 **‘마약, 대마, 향정신성의약품 중독 여부’**를 판별할 수 있는 검사를 실시해야 함.

나. **TBPE 검사**의 경우 대마가 포함되어 있지 않으므로 **대마 검사를 추가하여** 검사 종류 모두 표기 또는 마약·대마·향정신성의약품 중독자가 아님을 증명 한다는 문구가 검사결과지 또는 진단서에 포함되어야 함.

다. 검사결과통보서 또는 진단서 필수 포함 내용

- 1) 검사 종류 및 검사 결과 (음성/양성)
- 2) 검사자 인적사항 (이름, 생년월일 등)
- 3) 병원 직인 혹은 의사 직인 (복사본 제출 불가, 반드시 원본 제출)

라. 타 법령을 근거로 한 마약류 중독검진 결과(면허 취득, 채용 신청용 등)의 경우, **마약·대마·향정신성의약품 중독자가 아님**이 명시 또는 명확한 확인이 가능할 경우, 준용 가능

3. 서류 유효기간: 교사자격취득 신청일 기준 1년 이내 검진·발급된 경우 인정 가능

4. 검진 기관: 건강검진센터, 정신건강의학과, 가정의학과, 내과 등

(검사 및 진단서 발급 가능 여부 사전 문의, 보건소에서는 판별 검사 불가)

※ 우리대학 근처 「연세우리들의원」 (서울 용산구 청파로47길 53 / T. 02-716-4385)에서도 TBPE+대마검사를 실시하오니 필요하신 분은 이용바랍니다.

5. 제출 기한: **2026. 7. 3.(금) 까지**

6. 제출 방법: **원본 제출 필수**(방문 또는 등기우편) [**사진촬영, PDF파일, 이메일 발송 등은 불가**]

가. 방문 제출 장소: 교원양성센터(진리관 504호)

나. 방문 제출 시간: 학기 중(6/1~6/22) 월-금 09:00~17:30 /

방학기간 중(6/23~7/3) 월-목 10:00~17:00, 금 10:00~15:00

(점심시간 12:00~13:00 제외)

다. 우편 제출 주소:

(04310) 서울 용산구 청파로47길 100 숙명여자대학교 진리관 504호 교원양성센터

7. 유의사항

가. 졸업대상자는 '교원자격무시험검정원서'와 함께 본 검사결과서(또는 진단서)를 기간 내에 반드시 제출해야 함.

나. 제출 서류를 확인하여 검정을 실시하게 되므로, 기간 내에 미제출 시 2026년 8월에 교원자격증을 발급받을 수 없음.

8. 문의: 교원양성센터 (02-2077-7352 / 02-710-9027)

참고

마약류 중독여부 확인을 위한 의사 진단서(안)

진단서

원부대조필 인

병록번호 _____
연번 _____
주민등록번호 _____ - _____

성명		성별		생년월일		연령	
주소				전화			
병명							
소견	<p>위 사람은 「유아교육법」 제22조의2 및 「초·중등교육법」 제21조의2에 따른 결격사유 확인과 관련하여</p> <p>마약, 대마, 향정신성의약품 중독자가 아님을 진단함</p> <p>위의 판단은 진단일 현재의 의학적 검사와 아래 표시한 검사 결과에 근거한 것임</p>						
비고							
용도	자격취득 결격사유 확인용			진단일			
진단을 위해 시행한 검사	<input type="checkbox"/> TBPE <input type="checkbox"/> 진단시약검사 <input type="checkbox"/> 기 타()						

발행일 :
의료기관 :
주소 및 명칭 :
전화 및 FAX :
면허번호 : 제 _____ 호 의사성명 _____ (인)

※ 상기 진단서는 예시로, 의료기관에 따라 양식이 달라질 수 있음