

개정 교육공무원법(교육공무원 임용 결격사유) 시행 관련 대학교원 신규채용을 위한 마약류 검사서류 확인 안내

□ 검토 배경

- 마약·대마 또는 향정신성의약품 중독자는 교육공무원으로 임용될 수 없도록 교육공무원법 개정('22.10.18.) 및 시행('23.4.19.)
- 이에, 대학교원 신규채용을 위한 마약·대마·향정신성의약품 중독 여부 확인 절차를 안내하고자 함

「교육공무원법」 결격사유(제4호 신설)

제10조의4(결격사유) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람은 교육공무원으로 임용될 수 없다.

1. ~ 3. 생략

4. 마약·대마 또는 향정신성의약품 중독자

※ 「사립학교법」 제54조의3에 따라 사립대학 교원 신규채용시에도 적용됨

□ 마약·대마·향정신성의약품 중독자 판별 서류 확인

마약·대마·향정신성의약품 중독 여부 확인 절차(개인별 병원 검사 ▶ 서류 제출)

- ☑ 대학교원 임용예정자가 의료기관을 통해 개별 검사 ➡ 검사결과통보서, 진단서 등 제출



- ☑ 중독 여부 진단 ➡ 의료기관(의사)이 마약·대마 또는 향정신성의약품 중독자 판별이 가능한 검사방법으로 검사하여 진단

※ 진단서 등 발급을 위한 검사방법 등은 의료기관의 의사가 판단하므로 의료기관에 문의하도록 안내

- (제출서류) 마약·대마·향정신성의약품 중독자가 아님을 증명하는 검사결과통보서 또는 의사의 진단서 ➡ [붙임 1, 2] 서식(예시) 참고

※ 일부 치료목적 약물 복용자는 ‘양성’ 반응이 가능, 이 경우 반드시 중독자가 아님을 증명하는 의사의 진단서를 제출하도록 사전 안내 필요

【참고사항】

- ▶ 마약류 검사서류 제출 안내* 시, 진단서 등 판정서류 발급에 시일이 소요될 수 있음을 안내
 - * “진단서 발급을 위한 검사방법 등은 의료기관의 의사가 판단하므로 의료기관에 문의하시기 바랍니다.” 등으로 안내 필요
- ▶ 타 법령을 근거로 한 마약류 중독 검사 결과(면허 취득, 채용 신청용 등)의 경우 ‘마약·대마·향정신성의약품 중독자가 아님’이 명시되는 등 명확한 확인이 가능하면 준용 가능
- ▶ 국가건강검진 또는 채용신체검사에 마약류(마약·대마·향정신성의약품) 중독 검사 결과를 포함하고 있는 경우 인정 가능(검진기관에 사전문의 필요)

- (유효기간) 판정일로부터 1년
- (검진기관) 보건소는 판별검사 불가, 건강검진센터, 정신건강의학과, 가정의학과, 내과 등에서 검사 후 진단서 등 발급 가능(사전 예약 필요)
 - 법무부 지정 전국 의료기관*에서도 마약류 검사 가능 여부 사전 문의 후 검사 가능

* www.hikorea.go.kr에 탑재된 [정보조회]-[법무부지정 의료기관 조회] 참조

※ 검사결과통보서·진단서 등 발급 가능 여부, 검사방법 및 비용, 판정 소요기간 등은 의료기관마다 상이하므로 반드시 사전문의 필요

□ 기타 사항

- 대학교원 신규채용 시 마약류 검사서류(원본)를 필수로 확인하여 임용 결격사유 확인

붙임 1

마약류 중독 여부 확인을 위한 검사결과통보서[예시]

접수번호	
------	--

검사결과통보서			
구 분	시험시행기관	접수번호	성 명
검사 시			(한글)
주민등록 번호			
주 소		전화 번호	(집)
			(휴대폰)

진단을 위해 시행한 검사	기준범위

마약류(마약·대마·향정신성의약품)에 대하여 위와 같이 검사하였습니다.

년 월 일

검사자(담당의사): (인)

검사결과	
의사소견	
판정보류 소견	
위와 같이 판정하였음을 증명합니다. 년 월 일 검사(검진)기관의 장 (인)	
용도	대학교원 임용 결격사유 확인용

※ 상기 검사결과통보서는 예시로, 기관마다 발급 여부와 양식이 달라질 수 있음

붙임 2
마약류 중독 여부 확인을 위한 진단서(예시)

건강 진단서

 원부대조필
인

 병록번호 _____
 연번 _____
 주민등록번호 _____ - _____

성명		성별		생년월일		연령	
주소				전화번호			
병명							
소견	위 사람은 「교육공무원법」 제10조의4에 따른 결격사유 확인과 관련하여 마약, 대마, 향정신성의약품 중독자가 아님을 진단함 위의 판단은 진단일 현재의 의학적 검사와 아래 표시한 검사 결과에 근거한 것임						
비고							
용도	대학교원 임용 결격사유 확인용			진단일	. . .		
진단을 위해 시행한 검사							

 발 행 일 :
 의 료 기 관 :
 주소 및 명칭 :
 전화 및 FAX :
 면 허 번 호 : 제 _____ 호 의사성명 _____ (인)

※ 상기 진단서는 예시로, 의료기관에 따라 양식이 달라질 수 있음