

- 전라남도 청원경찰 채용시험 - 합격자 기준 변경 공고

전라남도 청원경찰 채용시험 합격자 기준 변경 건을 다음과 같이
사전 안내하오니 시험준비에 참고하시기 바랍니다.

2024. 3. 4.

전라남도지사

○ 변경내용 : 합격자 기준(비율) 변경 및 도핑테스트 실시

구 분	합격자 기준(비율)		
	당초		변경(2024년도 시험부터 적용)
1차 시험 (필기시험)	시험 과목	한국사, 민간경비론(청경법 포함)	좌동 (2025년부터 과목 변경)
	합격 기준	매 과목 40%이상 득점자 중 3배수 범위 내	매 과목 40%이상 득점자
2차 시험 (체력시험)	시험 과목	악력, 제자리멀리뛰기, 윗몸일으키기, 왕복오래달리기	좌동
	합격 기준	총점(40점)의 40%이상 득점자	
3차 시험 (면접시험)	평정 요소	5개 평정요소	좌동
최종 합격자 결정	합격 비율	필기 75%, 체력 15%, 면접 5%	필기 50%, 체력 30%, 면접 20%

○ 시행시기 : 즉시 시행(2024년도 시험부터 적용)

○ 변경사유 : 우수 인력 채용을 위해 체력 및 면접 강화

○ 기타사항

- 관련 문의는 전라남도 총무과 인재채용팀(☎061-286-3372)에
문의하시기 바랍니다.

□ 도핑테스트 시행안내

- 체력시험의 공정성을 확보하고 응시자의 건강을 보호하기 위하여 시험결과에 영향을 미칠 수 있는 금지약물의 복용 및 금지방법의 사용은 안 되며, 시험실시기관의 장은 이를 확인하기 위한 절차(도핑테스트)를 실시할 수 있습니다.

□ 금지약물 및 금지방법

- 「(지방)공무원 임용을 위한 체력시험 금지약물 및 금지방법 고시(인사혁신처 고시 제2019-1호),(행정안전부 고시 제2018-87호)」에서 규정하고 있는 약물 및 방법(붙임 참고)은 사용이 금지됩니다.

□ 테스트 대상자 선정방식

- 검사 대상자는 전부(일부) 또는 무작위로 선정할 수 있습니다.

□ 도핑테스트 절차 등 안내

- 도핑테스트 대상자는 시험 당일에 시험관리관과 함께 동행하여 시료를 채취합니다.
- 채취한 시료의 분석결과가 비정상분석결과(양성)가 나온 경우, 해당 응시자는 비정상분석 결과를 통보받은 후 일정기간 내에 치료목적사용면책 등 의견을 제출할 수 있습니다.
- 시험실시기관의 장은 관계 전문가 3인 이상을 포함한 치료목적사용면책 위원회를 구성하여 심의하게 됩니다.
- 불합격 결정에 불복할 경우에는 행정심판, 소송 등을 청구할 권리가 있습니다.

□ 치료목적사용면책 신청 안내

- (의의) 금지약물 또는 금지방법의 사용이 요구되는 의학적 상태에 있는 경우 응시자는 구비서류를 갖추어 치료목적사용면책을 신청할 수 있습니다.
- (신청절차) 응시자는 비정상분석결과(양성)가 나온 경우 별첨의 서식을 작성, 구비서류를 갖추어 별도 지정일(개별통지)까지 신청하여야 합니다.(단, 치료목적사용면책이 필요했었던 경우에 한함)
- (승인기준) 치료목적사용면책은 다음의 기준을 엄격하게 준수하여 승인합니다.

- ▶ 응시자의 급성 또는 만성 의 치료적 상태를 치료하는 과정에서 금지약물이나 금지방법을 사용하지 않았을 경우, 응시자가 건강상 심각한 손상을 입었을 것으로 예상되어야 한다.
- ▶ 금지약물 또는 금지방법의 치료목적의 사용에 따른 합법적인 치료로 인해 정상적인 건강상태로 되돌아갔을 때 예상할 수 있는 것 이상의 추가적인 운동능력 향상효과가 없어야 한다.
- ▶ 금지약물과 금지방법 사용 이외의 다른 합당한 대체 치료가 없어야 한다.

□ 기타 유의사항

- 응시자는 본인의 건강을 보호하고 선의의 피해가 발생하지 않도록 금지약물 및 금지방법을 사전에 충분히 숙지하여야 합니다.
- **모든 응시자는 도핑테스트 동의서를 제출하여야 하며, 동의서를 제출하지 않을 경우에는 체력시험에 응시할 수 없습니다.**
 - ※ 동의서는 체력시험 당일 배부 및 제출
- 응시자는 도핑테스트 결과, 비정상분석결과(양성)가 나온 경우에는 당해 시험을 무효로 하거나 합격을 취소하고 향후 5년간 응시자격이 제한됩니다.

I. 금지약물

- 공무원임용시험령 제51조제1항제6호 및 지방공무원임용령 제65조 제1항제5의2호에 따라 금지되는 약물은 다음과 같다.

1. 동화작용제 : 총 7종 및 그 대사물질¹⁾

가. 동화작용남성호르몬스테로이드(AAS)

① 외인성 동화작용남성호르몬 스테로이드(Exogenous AAS)

- ▶drostanolone ▶methenolone
- ▶methasterone(17 β -hydroxy-2 α ,17 α -dimethyl-5 α -androstan-3-one)
- ▶stanozolol
- ▶1-testosterone(17 β -hydroxy-5 α -andro-1-en-3-one)

② 외인성으로 투여된 내인성 동화작용남성호르몬스테로이드(Endogenous AAS)

- ▶testosterone

나. 기타 동화작용제 : Clenbuterol

2. 이뇨제 : 총 3종

- ▶hydrochlorothiazide ▶chlorothiazide ▶furosemide

3. 흥분제 : 총 3종

- ▶methylhexaneamine(dimethylpentylamine)
- ▶methylephedrine ▶ephedrine

※ methylephedrine과 ephedrine은 소변에 밀리리터당 10마이크로그램보다 많을 경우 금지된다.

1) 생물학적 변환 과정을 통하여 생성된 모든 물질

4. 마약류 : 총 11종

▶Buprenorphine	▶dextromoramide	▶diamorphine(heroin)
▶fentanyl 및 유도체	▶hydromorphone	▶methadone
▶morphine	▶oxycodone	▶oxymorphone
▶pentazocine	▶pethidine	

II. 금지방법

- 공무원임용시험령 제51조제1항제6호 및 지방공무원임용령 제65조제1항제5의2호에 따라 금지되는 방법은 다음과 같다.
 - 도핑검사과정에서 채취한 시료의 성분과 유효성을 변조하거나 변조를 시도하는 행위(소변 바꿔치기 및/또는 섞기, 이와 유사한 방법 등을 포함한다.)

2024년 청원경찰 채용 체력시험 도핑테스트 동의서

○ 성 명 : ○ 생년월일 :
○ 응시번호 : ○ 연 락 처 :

위 본인은 2024년 전라남도 청원경찰 채용시험에 응시함에 있어 「공무원임용시험령」 제51조제1항제6호 및 「지방공무원 임용령」 제65조 제1항제5의2호에 따른 금지약물의 복용 또는 금지방법의 사용 여부를 확인하기 위하여 귀 기관에서 시행하는 확인절차에 응할 것을 동의합니다.

2024. 4. 12.

제출자 : (서명 또는 날인)

전라남도지사 귀하

치료목적사용 면책신청서

1. 응시자 인적사항

1. 성명: _____ 2. 성별: 여 ☐ 남 ☐
 3. 생년월일: _____ 4. 응시번호: _____
 5. 핸드폰: _____ 6. 이메일: _____

2. 의료정보

1) 충분한 의료정보를 포함한 진단소견

2) 사용 허가된 의약품으로도 치료 가능한 경우, 금지약품을 처방한 임상의학적 정당성을 설명하십시오

※ 진단 증빙자료(진단서, 처방전, 소견서 등)를 첨부하여 신청서와 함께 제출하여야 한다. 증빙자료에는 포괄적 병력 및 그와 관련된 모든 검사보고서, 검사실 조사 및 영상검사 결과가 포함되어야 한다. 가능한 경우 보고서 또는 편지의 원본에 대한 사본을 첨부하여야 한다. 증빙자료는 임상의학적 관점에서 극히 객관적이어야 하며, 만약 정확한 설명이 불가능한 경우, 다른 독립된 의료진의 소견도 포함시킬 수 있다.

3. 세부 진료내용

금지약물	1회 사용량	사용방법	사용빈도
1.			
2.			
3.			

치료기간
duration of treatment:

1회 ☐ 응급 ☐
기간(주/월) _____

4. 담당의사 서약

나는 위에서 언급한 치료와 관련하여 의학적으로 적절하였으며, 금지목록 이외의 대체약물 사용은 위 응시자의 의료 상황에서는 적절하지 않았음을 확인한다.

성명: _____ 전공분야: _____

주소: _____

전화: _____ 팩스: _____ 이메일: _____

서명: _____ 날짜: _____

5. 응시자 서약

본인, _____는(은) 응시자 인적사항이 틀림없음을 확인하며 인사혁신처에서 고시한 금지약물과 방법의 사용 승인을 요청한다. 나는 나의 의학정보가 시험실시기관, 시료분석기관 및 기타 시험관련 기관에 제공되는 것을 허락한다. 나의 의학정보가 위의 기관에 제공되는 것에 반대한다면 담당의사와 시험실시기관에 그 사실을 서면으로 통보하여야 하는 것을 이해하고 있다.

서명: _____ 날짜: _____

부모/보호자 서명: _____ 날짜: _____

(응시자가 미성년자이거나 장애로 인하여 서명이 불가능 할 때에는 부모나 보호자가 응시자와 함께 또는 응시자를 대신하여 서명할 수 있다.)

※ 구비서류가 완료되지 않은 신청서에 대해서는 접수가 불가능하며, 완료 후 재 제출해야한다.
서류 접수 후 사본을 반드시 보관하시오.