

마약류중독자 등 []판별검사
[]치료보호 신청서

※ []에는 해당하는 곳에 √ 표를 하고, 색상이 어두운 칸은 신청인이 적지 않습니다.

접수번호		접수일시		처리기간 1개월	
신청인 (본인)	성명	주민등록번호		전화번호	
	주소				
	사용·중독 마약류			사용기간	
신청인 (본인 외)	성명	생년월일 (남, 여)		전화번호	
	주소			마약류중독자 등과의 관계	

「마약류중독자 치료보호규정」 제9조제4항에 따라 마약류중독자 등의 판별검사 또는 치료보호를 위와 같이 신청합니다.

년 월 일

신청인(본인) (서명 또는 인)

신청인(본인 외) (서명 또는 인)

첨부서류	본인과의 관계를 증명하는 서류(본인 외의 사람이 신청하는 경우만 해당합니다)
------	--

보건복지부장관,
특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사 또는
치료보호기관의 장

귀하

