

국립○○병원

년 월 일

수 신 치료감호심의위원회 위원장

발 신 국립○○병원장

직인

제 목 재이송 신청서

「치료감호 등에 관한 법률」 제21조의2제2항 및 같은 법 시행령 제6조의2제1항에 따라 다음 피치
료감호자의 재이송을 신청합니다.

피치료감호자	성 명	주민등록번호
	주거지	
	지정법무병원 입원일	
집행받은 치료감호 기간	○○년 ○○월	
재이송 사유		
참고자료		