

○ ○ 지방검찰청

사건번호 ○ 제 호 년 월 일

수 신 ○ ○ 지방법원장 발 신 ○ ○ 지방검찰청

검 사 ○ ○ ○ (인)

제 목 치료감호 기간의 연장 청구

「치료감호 등에 관한 법률」 제16조제3항에 따라 치료감호 기간의 연장을 청구합니다.

피치료감호자	성 명	주민등록번호	
	주 거 지		
	죄 명	직 업	
	치료감호 선고 사건번호		
총 연장 횟수	○ 회	집행받은 치료감호 기간	○○년 ○○월
치료감호 기간의 연장을 필요로 하는 사유	필요시 별지 기재		
참고자료			