

국립○○병원

※ []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

제 호 년 월 일

수 신 치료감호심의위원회 위원장 발 신 국립○○병원장 직인

제 목 피치료감호자 재이송 관련 동태 보고

「치료감호 등에 관한 법률 시행령」 제5조제2항에 따라 다음과 같이 피치료감호자의 재이송 관련 동태를 보고합니다.

피치료감호자 인적 사항	성 명	주민등록번호
	성 별	주거지
치료감호 집행사항	죄 명	병 명
	치료감호 개시일	지정법무병원 입원일
보고 대상 기간	. . . ~ . . .	
보고 사유	[]범죄를 저지른 경우 []수용질서를 해치는 행위로 다른 피치료감호자의 수용생활을 방해한 경우 []증상이 악화되어 자해 또는 다른 사람을 위해할 위험성이 있는 경우 []그 밖에 지정법무병원에서 계속 치료하기 곤란한 경우	
보고 내용		
참고 사항		