

서약서

피치료 감호자	성 명	
	주민등록번호	(세)
	등록기준지	
	주 거	
	직 업	
	치료받을 병원명	

본인은 위 피치료감호자의 (관계)인 바, 위 사람에게 대한 치료를 위탁해 주시면 철저히 치료, 완치시키도록 하겠으며, 위 사람에게 부과된 준수사항과 보호관찰담당자의 지시를 성실히 이행하게 할 것을 서약합니다.

년 월 일

주소 :

○○○ (서명 또는 인)

- 첨부 : 1. 입원보증서(치료받을 병원장의 확인 필요)
2. 법정대리인 등 관계 소명자료
3. 입원·치료능력 소명자료

치료감호심의위원회 귀중