

○ ○ 보호관찰소
(전화번호)

제 호

년 월 일

수신 ○○지방검찰청 검사장

발신 ○ ○ 보호관찰소장

직인

제 목 []가종료의 취소, []치료 위탁 취소 신청의 요청

「치료감호 등에 관한 법률」 제33조의2제4항 또는 제43조제3항(보호관찰소의 장이 요청하는 경우로 한정한다)에 따라 아래 사람에 대한 []가종료의 취소, []치료 위탁의 취소 신청을 요청합니다.

성명		주민등록번호		직업	
주거					
사건번호					
원판결 내용	판결법원		판결연월일		형명·형기
	죄명				
[]가종료 일자					
[]치료 위탁 일자					
[]가종료의 취소, []치료 위탁의 취소를 필요로 하는 사유		별지 기재와 같음			
그 밖에 보호관찰을 계속할 수 없는 사유					
유치허가 일시		. . . :			
그 밖의 참고사항		별첨 소명자료 참조			

○ ○ 검찰청

수신 치료감호심의위원회

년 월 일

제 목 []가종료의 취소, []치료 위탁의 취소 신청

위와 같은 요청을 받은 결과 그 사유가 상당하다고 인정되므로 []가종료의 취소,
[]치료 위탁의 취소를 신청합니다.

○○지방검찰청

검사

(인)