

부장검사	차장검사	검사장

○ ○ 지 방 검 찰 청

20 치신 제 호 년 월 일

수 신 치료감호심의위원회 발 신 ○ ○ 지방검찰청

참 조 검 사 ○ ○ ○ (인)

제 목 심사·결정 신청

「치료감호 등에 관한 법률」 제43조제1항 및 같은 법 시행령 제17조제1항에 따라 아래의 피치료감호자에 대해 아래와 같이 심사·결정을 신청합니다.

신청 내용		
피치료감호자	성 명	
	주 민 등 록 번 호	(세)
	직 업	
	주 거 지	
	등록기준지	
첨부	1. 치료감호시설의 장 또는 보호관찰관의 의견서 2. 치료감호 판결등본 3. 형 및 치료감호 집행기록 4. 치료감호사안 조사기록 5. 그 밖의 자료(치료 위탁 신청 시 제출하는 서약서 등)	

신청 이유