

마약류중독자 등 []판별검사
[]치료보호 의뢰서

※ []에는 해당하는 곳에 √ 표를 합니다.

대상자	성명	주민등록번호	전화번호
	주소		
	사용·중독 마약류		사용기간

의뢰인 (검사)	성명	소속기관명	전화번호
	의뢰사유		

「마약류중독자 치료보호규정」 제9조제1항에 따라 마약류중독자 등의 판별검사 또는 치료보호를 위와 같이 의뢰합니다.

년 월 일

의뢰인 (서명 또는 인)

치료보호기관의 장 귀하