

마약류중독자 등 []판별검사
[]치료보호 통보 · 보고서

대상자	성명	생년월일 (남, 여)	전화번호
	판별검사일 년 월 일	판별검사 장소	사용 · 중독 마약류
	치료보호기간 년 월 일 ~ 년 월 일		
	판별검사 결과 또는 치료보호 사유		

「마약류중독자 치료보호규정」 제10조제3항에 따라 마약류중독자 등의 판별검사 또는 치료보호를
위와 같이 통보 · 보고합니다.

년 월 일

치료보호기관의 장

직인

판별검사 · 치료보호 신청자 또는 마약류중독자 등의 배우자 · 부모 등,
보건복지부장관 또는
특별시장 · 광역시장 · 특별자치시장 · 도지사 · 특별자치도지사

귀하