

치료보호 심의 결과 통보서

대상자	성명	생년월일 (남, 여)	전화번호
치료 보호 기관	기관명	대표자명	전화번호
	주소		
심의 결과	치료보호 [] 승인 [] 불승인 [] 보류		
	치료보호기간 년 월 일 ~ 년 월 일(개월)		
	※ 불승인 또는 보류 시 사유 기재		

「마약류중독자 치료보호규정」 제13조제2항에 따라 마약류중독자의 치료보호 심의 결과를 위와 같이 통보합니다.

년 월 일

보건복지부장관 또는
특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사

직인

치료보호기관의 장 귀하