

마약류중독자 치료보호기간 연장 보고서

대상자	성명	생년월일 (남, 여)	전화번호
	기존 치료보호기간 년 월 일 ~ 년 월 일		
	연장 필요 치료보호기간 년 월 일 ~ 년 월 일		사용·중독 마약류
	연장 필요 사유		

「마약류중독자 치료보호규정」 제16조제1항에 따라 마약류중독자의 치료보호기간 연장사유 및 연장기간을 위와 같이 보고합니다.

년 월 일

치료보호기관의 장

직인

보건복지부장관 또는
특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사 귀하

첨부서류	진단서 사본 또는 소견서 사본
------	------------------