

치료보호 종료 보고서

대상자	성명	생년월일 (남, 여)	전화번호
	주소		사용·중독 마약류
	치료보호기간 년 월 일 ~ 년 월 일		
	종료사유 [] 판별검사 결과 중독자가 아닌 것으로 판명 [] 치료보호기간이 끝나기 전에 완치 [] 치료보호기간이 끝난 경우 [] 검사가 치료보호의 종료를 요청한 경우		

「마약류중독자 치료보호규정」 제18조제2항에 따라 마약류중독자의 치료보호 종료를 위와 같이 보고합니다.

 년 월 일

치료보호기관의 장

직인

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