

치료보호 종료 통보서

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 끝난 경우		[] 치료보호기간이 끝나기 전에 완치 [] 검사가 치료보호의 종료를 요청한 경우

「마약류중독자 치료보호규정」 제18조제3항에 따라 마약류중독자의 치료보호 종료를 위와 같이 통
보합니다.

년 월 일

보건복지부장관 또는
특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사

직인

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장,
중독관리통합지원센터의 장 및
한국마약퇴치운동본부의 장

귀하

치료보호 종료사실 통보 동의서

본인은 「마약류중독자 치료보호규정」 제18조제3항에 따라 치료보호 종료 사실을 관할 특별자치시장·
특별자치도지사·시장·군수·구청장, 중독관리통합지원센터의 장 및 한국마약퇴치운동본부의 장에게
통보하는 것에 동의합니다.

년 월 일

성명: (서명 또는 인)