

[ ]부상자  
[ ]질병자

치료결정통지서

|               |               |                      |        |  |
|---------------|---------------|----------------------|--------|--|
| 치료<br>받을<br>자 | 소속            |                      |        |  |
|               | 계급            |                      | 군번     |  |
|               | 성명            |                      | 주민등록번호 |  |
|               | 주소            |                      |        |  |
| 결정<br>사항      | 치료받을<br>의료시설명 |                      |        |  |
|               | 기간            | . . . ~ . . . .( 일간) |        |  |
|               | 비고            |                      |        |  |

귀하가 제출한 치료신청에 대하여 위와 같이 결정되었음을 통지합니다.

년 월 일

장관  
시·도지사  
시장·군수

직인