치료보호 조건부 가석방 동의서

수용자번호 :

성 명 :

수용자번호 :

성 명 :

본인 은(는) 가석방 출소 후 치료보호기관(재활교육기관)에서 일정 기간 치료 · 재활에 전념할 것을 동의하면서 아래 사항을 준수할 것을 약속합니다.

1. 가석방이 개시되면 반드시 이에 응하겠습니다.
2. 가석방 출소 후 10일 이내에 반드시 치료보호기관(재활교육기관)의 마약류 중독여부 판별검사에 응하겠습니다.
3. 관계기관 직원의 지시에 따르겠습니다.
4. 치료기간 동안 성실하고 모범적인 태도로 치료 · 재활에 임하겠습니다.
5. 규정을 위반하거나 정당한 사유 없이 치료 · 재활에 불응, 또는 지시에 따르지 아니하는 경우에는 가석방 취소 등 어떠한 처벌도 감수하겠습니다.

년 월 일

동의자 (서명)

○ ○ 교 도 소 장 귀 하

210㎜×297㎜ (백상지 80g/㎡)