

가석방 취소심사신청서

○ ○ 교 도 소

수신자 가석방심사위원회 위원장
(경유)

제 목 가석방 취소심사 신청

아래 사람에 대하여 「형법」 제75조, 「가석방자관리규정」 제19조 및 「형의 집행 및 수용자의 처우에 관한 법률 시행규칙」 제260조에 따라 가석방 취소심사를 신청합니다.

성 명		생 년 월 일	
주 거			
죄 명		형 명 · 형 기	
형기기산일		형 기 종 료 일	
가석방 번호		가 석 방 일	
가석방기간	부터 까지	관 할 경 찰 서	

붙 임 : 가석방 취소심사 및 조사표 부. 끝.

○ ○ 교 도 소장직인

기안자 (직위/직급) 서명

검토자 (직위/직급)서명

결재권자 (직위/직급)서명

협조자

시행 처리과명-연도별일련번호(시행일)

접수

처리과명-연도별일련번호(접수일)

우 도로명주소

/ 홈페이지 주소

전화번호()

팩스번호()

/ 공무원의 전자우편주소

/ 공개구분