■ 성폭력범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률 시행규칙 [별지 제12호서식]

○ ○ 보호관찰소
(전화번호)

제 호 년 월 일

수 신 ○ ○ 보호관찰 심사위원회 위원장 발 신 ○ ○ 보호관찰소장 직인

제 목 **약물 투여 일시 중단의 승인 신청**

「성폭력범죄자의 성충동 약물치료에 관한 법률 시행령」 제11조제3항에 따라 약물 투여 일시 중단의 승인을 신청합니다.

성 명		주민등록번호
주 거 지		
성도착증 유형		
죄 명		형명 · 형기
치료기간	년 개월 (치료 시작일:)	
약물 투여 일시 중단일		
일시 중단 승인 신청의 이유	별지와 같음	
치료 상황의 요지		
참고자료	1. 보호관찰 상황 1통 2. 그 밖의 소명자료	

210㎜×297㎜[보존용지(2종) 70g/㎡]