

000공소청

우편번호 : 주소 : 전화 : 팩스 : 담당 :

문서번호 : 시행일 :

수 신: ○○○(기관명) 발 신 : 검사 인

제 목 : 참고인중지 의견 송치사건 결정결과통보

귀 기관에서 아래 사항에 대하여 참고인증지의견으로 송치한 사건에 대하여
아래와 같이 결정하였음을 통보하니 필요한 조치를 취하기 바랍니다.

피의자	성 명		주 민 등 록 번 호	
	죄 명			
	송 치 연 월 일		사 건 번 호	
참 고 인 (고 소 인 고 발 인)	성 명		주 민 등 록 번 호	
결 정 결 과		연 월 일	결 정 내 용	