

○○○공소청				
(전화번호)				
제 호 . . .				
수 신		지방법원		발 신 공소청
제 목		가압류집행절차 신청		검 사 ①
아래 추정보전명령에 기하여 가압류집행절차에 필요한 조치를 취하여 주시기 바랍니다.				
추 정 보 전 명 령		년 월 일 지방법원 (년 제 호)		
피 고 인 (피의자)	성 명			직 업
	주 거			
추 정 보 전 액				
추 정 보 전 재 산				
비 고				
첨 부 : 추정보전명령집행명령서 1통				

210mm×297mm[백상지(80g/m²)]

※ 사안에 따라 불필요한 부분을 삭제하거나 수정하여 사용