

치료감호심의위원회

※[]에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다.

년 월 일

수신 ○○ 보호관찰소장
○○ 교도소·구치소·치료감호시설의 장

발신 치료감호심의위원회위원장 직인

제목 가종료 취소 또는 치료 위탁 취소 통보

「치료감호 등에 관한 법률」 제36조에 따라 []가종료 취소 / []치료 위탁 취소된 피보호관찰자를 아래와 같이 통보합니다.

피보호관찰자	성명	
	주민등록번호	(세)
	주거지	
결정일자	. . .	
취소 사유		
재범사건처리	검찰청(법원)	○ ○ ○ ○ 검찰청(○ ○ ○ ○ 법원)
	처분(선고)일	. . .
	죄명	
	처분(선고)내용	
비고		
첨부 서류	결정서 등본	