

## 심사결과 및 조치내용 통지서

통지번호			
환자	성명	생년월일 (남, 여)	
청구인	성명	생년월일	전화번호
	주소		

심사결과 및 조치 내용:

귀하가 년 월 일(접수번호 호)로 청구하신 사항에 대하여 위와 같이 조치하였기에 「정신보건법」 제33조제2항·제35조제2항 및 같은 법 시행규칙 제18조제2항에 따라 알려드립니다.

년 월 일

시·도지사  
시장·군수·구청장

인

첨부서류	1. 정신보건심판위원회 심사결과 사본 1부	수수료 없음
------	-------------------------	-----------