

○○○○검찰청			
(전화번호)			
제 호		
수 신	지방법원	발 신	지방검찰청
제 목	가압류 집행정지·취소절차 신청	검 사	①
아래 추정보전명령에 기한 가압류 집행의 정지·취소절차에 필요한 조치를 취하여 주시기 바랍니다.			
추 정 보 전 명 령	년 월 일 지방법원 (년 제 호)		
피 고 인	성 명	직 업	
(피의자)	주 거		
비 고			
첨 부 : 추정보전집행명령취소서 1통			

210mm×297mm

(일반용지 54g/m²)

※ 사안에 따라 불필요한 부분을 삭제하거나 수정하여 사용