

치 료 예 정 서 약 서

1. 인적사항

국 적		성 명	영문: 한자:
생년월일	- -	성 별	
보호자 (지인, 친척 등)		보호자 연락처	전화번호: - - 전자메일:
한국 내 주소			
질 병 명			
치료 예정병원			
병원 주소 및 연락처			

2. 서약 내용

○ 본인이 앓고 있는 질병이 다종의 건강에 위해를 줄 수 있음을 인식하고 있으며, 본인에게 허가된 체류기간 내에 성실히 치료에 임하고, 치료를 성실히 받지 않을 경우 체류허가 취소 및 체류기간 연장 불허 등의 조치에 대해서 이의를 제기하지 않을 것을 서약합니다.

년 월 일

신청인 : (서명 또는 인)

법무부장관 귀하