

(様式4)

障 第 号
(元号) 年 月 日

様

島 根 県 知 事

解 除 通 知 書

(元号) 年 月 日付けの島根県知事あて辞退届に不備がなかったため、島根県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第9条に基づき、下記のとおり貴医療機関の(専門医療機関・治療拠点機関)の選定を解除します。

(要綱第9条第3項の場合)

(元号) 年 月 日障第〇〇号で〇〇〇〇(保険医療機関名称)を(専門医療機関・治療拠点機関)に選定しておりましたが、下記により、〇〇〇〇(保険医療機関名称)が島根県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第4条の選定の条件を満たしていないことがわかりましたので、貴医療機関の(専門医療機関・治療拠点機関)の選定を解除します。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
機関の種別	
対象の依存症	
解除の理由	