

(様式2)

障 第 号
(元号) 年 月 日

様

島 根 県 知 事

選 定 通 知 書

(元号) 年 月 日付けで提出のあった、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（以下「要綱」という。）第3条に基づく申請について、要綱第5条の審査の結果、下記のとおり選定することとなったので、要綱第6条に基づき通知する。

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	
留意事項	<ul style="list-style-type: none">・ 選定の対象となる依存症を明示することで、依存症専門医療機関又は依存症治療拠点機関であることを広告することができる。・ 要綱第4条及び第9条の規定に基づき選定の解除を行うことがある。・ 選定基準に適合しなくなった場合は、速やかに辞退届（様式第3号）を提出しなければならない。・ 依存症の診療の実績について、別途示す様式で島根県へ報告しなければならない。