様式２号

第　　　号

年　　月　　日

住所又は所在地

医療機関名及び代表者名

福岡県知事　　　印

選定通知書

福岡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２条に基づき、下記のとおり（専門医療機関・治療拠点機関）に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 |  |
| 対象の依存症 |  |
| 留意事項 | ・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。なお、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３号）を提出しなければならない。・専門医療機関にあっては、依存症の診療の実績について、県が指定する治療拠点機関又は県に報告しなければならない。 |