

(様式2)

障福第 号  
平成 年 月 日

## 選定通知書

住所または所在地

氏名または名称 様

北海道知事

平成 年 月 日付けで北海道に提出のあった北海道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、専門医療機関への選定に係る申請について、要綱第5条の審査の結果、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	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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。</li><li>・ 要綱第4条及び第9条の規定に基づき選定の取り消しを行うことがある。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）を提出しなければならない。</li><li>・ 専門医療機関は、依存症の診療実績について、北海道が選定する治療拠点機関に報告しなければならない。</li></ul>