

(様式5)

障福第 号  
令和 年 ( 年) 月 日

## 取消通知届

住所または所在地

氏名または名称 様

北 海 道 知 事

令和 年 ( 年) 月 日付けで北海道に提出のあった辞退届に不備がありませんでしたので、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第10条に基づき、貴医療機関の(専門医療機関・治療拠点機関)への選定を取り消します。

(要綱第10条第3項の場合)

令和 年 ( 年) 月 日付け障福第〇〇号で貴医療機関を(専門医療機関・治療拠点機関)に選定しておりましたが、次により貴医療機関が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第4条の選定の要件を満たしていないことがわかりましたので通知します。

### 記

選定の取り消しを行った理由	
---------------	--