

(様式6)

障福第 号
令和 年 (年) 月 日

依存症専門医療機関等の選定に関する情報提供書

札幌市長様

北海道知事

このたび、下記保険医療機関を（専門医療機関・治療拠点機関）として令和 年 月 日付で選定しましたので、情報提供します。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
対象の依存症	