

(様式2)

精 保 第 号
(元号) 年 月 日

選定通知書

住所又は所在地
氏名又は名称 様

宮城県知事

(元号) 年 月 日付けで提出のあった宮城県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要綱第3条に基づく、(専門医療機関・治療拠点機関)への選定に係る申請について、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、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">・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。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(様式第3号)を提出しなければならない。・専門医療機関にあつては、依存症の診療の実績について、宮城県が指定する治療拠点機関に報告しなければならない。