

(様式4-2)

精 保 第 号
(元号) 年 月 日

解除通知書

住所又は所在地
氏名又は名称 様

宮城県知事

(元号) 年 月 日付け精保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、下記により、貴医療機関が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(以下「要綱」という。)第4条の選定の条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	
---------------	--