群馬県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | フリガナ |  | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | |
| 電　　話 |  | | | | | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | | | |
|  | 氏名又は名称 |  | | | | | | | |
| （法人の場合）  代表者職・氏名 |  | | | | | | | |
| 住　　所 | 〒 | | | | | | | |
| 電　　話 |  | | | | | | | |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | | | | | | |
| 標榜診療科目 |  | | | | | | | | |
| 希望する  選定種別 | １ 専門医療機関　　 　２ 専門医療機関および治療拠点機関 | | | | | | | | |
| 対象疾患  (複数選択可) | １ アルコール健康障害　２ 薬物依存症　　３ ギャンブル等依存症 | | | | | | | | |
| 群馬県知事  　 上記のとおり選定されたく、添付書類を添えて申請します。  令和　　年　　月　　日  　　　　開設者  　　　　住　所  　　　　氏名または名称（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | |

【記載要領】

１　「保険医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。

２　「標榜診療科目」が複数ある場合は、依存症治療に主として関係する診療科のみで差し支えない。

３　「希望する選定種別」及び「対象疾患」については、該当番号に○を記載すること。

３　申請には、希望する選定種別ごとに以下の別紙を併せて提出すること。

　　・依存症専門医療機関の選定申請…別紙1 ・依存症治療拠点機関の選定申請…別紙２