（様式３）

　　令和　年　月　日

辞　退　届

群馬県知事　　　　　　　　　様

住所または所在地

氏名または名称

　　令和　　年　　月　　日付け○○第○○号で群馬県知事から選定された（専門医療機関・治療拠点機関）について、下記の理由により、（群馬県依存症専門医療機関・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さなくなったので、要綱第１０条の規定に基づき、辞退届を提出します。

記

（保険医療機関　名称）

　（保険医療機関　所在地）

　（選定の条件を満たさなくなった理由）