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  ※１ | 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 |  | | | | | | | |
| 開設者 | 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 |  | | | | | | | |
| 標榜している診療科目※２ |  | | | | | | | | |
| 希望する  選定種別※３ | １ 専門医療機関　　 　２　治療拠点機関（専門医療機関を兼ねる） | | | | | | | | |
| 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。

※４　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１及び別紙２

※５　この様式は、「群馬県における多様な精神疾患等ごとの医療連携体制構築に係る実施要綱」第４条第１項の様式を兼ねるものとする。