（様式２）

 第 　　　 号

令和　 年　 月　 日

選定通知書

住所または所在地

氏名または名称 　　　　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　群馬県知事

令和 年 月 日付けで群馬県知事に提出のあった、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３条に基づく、（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）への選定に係る申請について、要綱第５条の審査の結果、下記のとおり（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）に選定することとなったので、要綱第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 | ・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１０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３）を提出しなければならない。・依存症専門医療機関にあっては、依存症の診療の実績について、群馬県知事が指定する依存症治療拠点機関に報告しなければならない。 |