（様式４）

第 　　　 号

令和 　年　 月　 日

解　除　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辞退届に不備がありませんでしたので、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第１０条に基づき、貴医療機関の（依存所専門医療機関・依存症治療拠点機関）への選定を解除します。

**（要綱第１０条第３項の場合）**

令和 年 月 日　第　　号で（保険医療機関名称）を（依存所専門医療機関・依存症治療拠点機関）に選定しておりましたが、下記により、（保険医療機関名称）が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第４条の選定の要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

（選定の解除を行った理由）