

(様式4)

高障保第 号
年 月 日

様

高知県知事

解除通知書

年 月 日付けの高知県知事あて辞退届に不備がなかったため、高知県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第9条に基づき、下記のとおり貴医療機関の（専門医療機関・治療拠点機関）の選定を解除します。

（要綱第9条第3項の場合）

年 月 日高障保第 号で〇〇〇〇（保険医療機関名称）を（専門医療機関・治療拠点機関）に選定しておりましたが、下記により、〇〇〇〇（保険医療機関名称）が高知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条の選定の条件を満たしていないことがわかりましたので、貴医療機関の（専門医療機関・治療拠点機関）の選定を解除します。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
機関の種別	
対象の依存症	
解除の理由	