

(様式 4)

第 号
平成 年 月 日

解除通知書

住所または所在地

氏名または名称 様

(大阪府知事・大阪市長・堺市長)

平成 年 月 日付けで(大阪府知事・大阪市長・堺市長)に提出のあった辞退届に不備がありませんでしたので、(大阪府・大阪市・堺市)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、貴医療機関の(専門医療機関・治療拠点機関)への選定を解除します。

(要綱第9条第3項の場合)

平成 年 月 日〇〇第〇〇号で〇〇〇〇(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(大阪府・大阪市・堺市)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)