札幌市依存症専門医療機関選定申請書

（様式１）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 　 |  |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　所 | 〒 |
| 電　話 |  |
| メールアドレス |  |
| 開　設　者 | 氏名又は名称 |  |
| 法人の場合（代表者職・氏名） |  |
| 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 |
| 札幌市長　様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。また、選定された場合は、札幌市依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第10条に規定される北海道との情報共有のため、札幌市長が本申請書及び添付書類の写しを北海道に提供することについて　　　　　　　　　□　同意します　　　　　　　　□同意しません令和　　年　　月　　日　　　開設者　　　住　所氏名又は名称（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　「対象疾患」については、該当番号に○を記載すること。

３　申請には、別紙を併せて提出すること。