

(様式 2)

札精セ第 号
令和 年(年) 月 日

氏名又は名称 様

札 幌 市 長

選定通知書

令和 年(年) 月 日付けで札幌市に提出のあった、札幌市依存症専門医療機関の選定に係る申請について、審査の結果、下記のとおり〔専門医療機関 ・ 治療拠点機関 〕に選定いたしましたので、通知いたします。

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 8 条の規定に基づき、選定の取り消しを行うことがある。 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 4)を提出しなければならない。 ・ 専門医療機関は、依存症の診療実績について、札幌市が選定する治療拠点機関に報告しなければならない。 ・ 要綱第 10 条の規定に基づき、本選定に関しては、依存症専門医療機関等の選定に関する情報提供書(様式 6)により、北海道に情報提供される。市長に提出済みの札幌市依存症専門医療機関選定申請書(様式 1)にて同意を得られている場合は、同申請書及び添付書類の写しを含めて北海道に提供される。