令和　　年（　　年）　月　日

（様式４）

札幌市長　様

　住所又は所在地

氏名又は名称

辞　退　届

令和　　年　　月　　日付け札精セ第○○号で、札幌市長から選定された

〔専門医療機関・治療拠点機関〕について、次の理由により辞退いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関名称 |  |
| 保険医療機関所在地 |  |
| 辞退の理由※右欄の□のいずれかに　チェックをつけて、具体的な　　理由を記載してください。 | □　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２条の選定要件を満たさなくなった選定基準を満たさなくなった理由　□　引き続き選定されることを希望しない上記の理由 |