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 |