

(様式6)

札精セ第 号
令和 年(年) 月 日

北海道知事 様

札 幌 市 長

依存症専門医療機関等の選定に関する情報提供書

このたび、下記保険医療機関を〔依存症専門医療機関 ・ 依存症治療拠点機関〕として令和 年 月 日付けで選定いたしましたので、情報提供いたします。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
対象の依存症	