

(様式7)

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取消に関する情報提供書

このたび、下記保険医療機関の〔依存症専門医療機関 ・ 依存症治療拠点機関〕の選定を、令和 年 月 日付けで取り消しましたので、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	
取消理由	<input type="checkbox"/> 当該保険医療機関から辞退届が提出されたため、要綱第8条第2項に基づき、選定を取り消した。 <input type="checkbox"/> 要綱第7条に規定されている確認を行ったところ、当該保険医療機関が要綱第2条の選定基準を満たしていないことが判明したため、要綱第8条第3項に基づき選定を取り消した。 <input type="checkbox"/> 北海道知事により当該保険医療機関の選定が取り消されたことを受け、要綱第8条第4項に基づき、札幌市における選定も取り消した。

※上記における「要綱」とは「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」をさす。