

(様式2)

第 号  
年 月 日

(住所または所在地)

(氏名または名称) 様

山形県知事

山形県〔依存症専門医療機関〕の選定について（通知）  
〔依存症治療拠点機関〕

年 月 日付けで提出のあった、山形県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要項（以下「要項」という。）第3条に基づく、（専門医療機関・治療拠点機関）への選定に係る申請について、要項第5条の審査の結果、次のとおり（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）に選定することとなったので、要項第6条に基づき通知します。

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	<ol style="list-style-type: none"><li>1 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。</li><li>2 要項第4条及び第9条の規定に基づき選定の取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（様式第3号）を提出しなければならない。</li><li>3 依存症専門医療機関にあつては、依存症の診療の実績について、山形県が指定する依存症治療拠点機関に報告しなければならない。（報告の内容及び方法は別に定める。）</li></ol>