（様式４）

青　　障　　第　　　号

 　年　　 月　 　日

　　　　　　　　　　　様

青森県知事

解　除　通　知　書

　　年　　月　　日付けの青森県知事あて辞退届に不備がなかったため、青森県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関設置運営事業実施要綱第９条に基づき、下記のとおり貴医療機関の（専門医療機関・治療拠点機関）の選定を解除します。

（要綱第9 条第3 項の場合）

　　年　　月　　日青障第号で○○○○（保険医療機関名称）を（専門医療機関・治療拠点機関）に選定しておりましたが、下記により、○○○○（保険医療機関名称）が青森県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関設置運営事業実施要綱第4条の選定の条件を満たしていないことがわかりましたので、貴医療機関の（専門医療機関・治療拠点機関）の選定を解除します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関名称 |  |
| 保険医療機関所在地 |  |
| 機関の種別 |  |
| 対象の依存症 |  |
| 解除の理由 |  |