

(様式3)

〇〇障福第 号  
令和 年 月 日

## 選定通知書

住所または所在地  
氏名または名称 様

長崎県知事

令和 年 月 日付けで長崎県に提出のあった、依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱（以下「要綱」という。）第3条に基づく、専門医療機関への選定に係る申請について、要綱第5条の審査の結果、下記のとおり専門医療機関に選定することとしたので、要綱第6条に基づき通知します。

### 記

- 1 保険医療機関名称
- 2 保険医療機関所在地
- 3 対象の依存症

### 留意事項

- ・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であることを広告することができる。
- ・要綱第4条及び第9条の規定に基づき選定の取り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5号）を提出しなければならない。
- ・専門医療機関にあっては、必要に応じ依存症の診療の実績等について、長崎県が指定する治療拠点機関に報告しなければならない。

(様式4)

〇〇障福第 号  
令和 年 月 日

## 選定通知書

住所または所在地  
氏名または名称 様

長崎県知事

令和 年 月 日付けで長崎県に提出のあった、依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱（以下「要綱」という。）第3条に基づく、治療拠点機関への選定に係る申請について、要綱第5条の審査の結果、下記のとおり治療拠点機関に選定することとしたので、要綱第6条に基づき通知します。

### 記

- 1 保険医療機関名称
- 2 保険医療機関所在地
- 3 対象の依存症

### 留意事項

- ・選定の対象となる依存症を明示することで、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。
- ・要綱第4条及び第9条の規定に基づき選定の取り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5号）を提出しなければならない。