（様式1）

北海道依存症専門医療機関選定申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 保険医療機関 |  |  | | | | | | |
|  | 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 住　　所 | 〒 | | | | | | |
|  | 電　　話 |  | | | | | | |
|  | メールアドレス |  | | | | | | |
| 開　設　者 | 氏名又は名称 |  | | | | | | |
|  | 法人の場合  (代表者職・氏名) |  | | | | | | |
| 対　象　疾　患  （複数選択可） | １ アルコール健康障害　　２ 薬物依存症　　　３ ギャンブル等依存症 | | | | | | | |
| 上記のとおり選定されたく、添付文書を添えて申請します。  　令和　　　年　　月　　日  　　　　　開設者  　　　　　住　所  　　　　　氏名または名称（代表者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  北　海　道　知　事　　様 | | | | | | | | |

【記載要領】

１　「保険医療機関の名称」は、必ず正式名称を記載すること。

２　「対象疾患」については、該当番号に○を記載すること。

３　申請には、別紙を併せて提出すること。