

(様式3)

障福第 号
令和 年(年) 月 日

不選定通知書

住所または所在地

氏名または名称 様

北 海 道 知 事

令和 年 月 日付けで北海道に提出のあった北海道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、不選定となったので、要綱第7条に基づき通知する。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
対象の依存症	
不選定理由	