

(様式 1)

愛媛県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定申請書

保険医療機関	フリガナ		
	名称		
	医療機関コード		
	所在地	(〒 -)	
		電話 ()	
	メールアドレス		
標榜している診療科目			
希望する選定種別と 対象の依存症の種別 (複数選択可)	1 専門医療機関	2 治療拠点機関	
	①アルコール	①アルコール	
	②薬物	②薬物	
	③ギャンブル等	③ギャンブル等	
上記のとおり選定されたく、添付書類を添えて申請する。			
年 月 日			
開設者 〒			
住所又は所在地			
氏名・名称			
(代表者職・氏名)			
電話番号			
愛媛県知事 様			
印			

(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 標榜している診療科目が複数ある医療機関については、依存症治療に主として関係する診療科目のみで差支えないこととする。
- 3 申請には、下記も併せて提出すること。
 - ・ 依存症専門医療機関の選定申請・・・別紙 1
 - ・ 依存症治療拠点医療機関の選定申請・・・別紙 1 及び別紙 2

(様式2)

第 号
年 月 日

様

愛媛県知事

選定通知書

年 月 日付けで提出のあった愛媛県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条に基づく申請について、要綱第5条の審査の結果、下記のとおり選定することとなったので、要綱第6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	
機関の種別	専門医療機関 ・ 治療拠点機関
対象の依存症	アルコール ・ 薬物 ・ ギャンブル等
留意事項	<ul style="list-style-type: none">・ 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。・ 要綱第4条及び第9条の規定に基づき選定の解除を行うことがある。・ 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3号）を提出しなければならない。・ 依存症の治療の実績について、別途示す様式で県に報告しなければならない

(様式3)

年 月 日

愛媛県知事様

住所又は所在地

氏名又は名称

辞 退 届

年 月 日付け〇〇第〇〇号で愛媛県知事から選定された（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）について、下記の理由により、愛媛県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4条の選定基準を満たさなくなったので、要綱第9条の規定に基づき、辞退届を提出します。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
機関の種類別	専門医療機関 ・ 治療拠点機関
対象の依存症	アルコール ・ 薬物 ・ ギャンブル等
満たさなくなった選定基準の項目	

(様式4)

第 号
年 月 日

様

愛媛県知事

解 除 通 知 書

年 月 日付けの愛媛県知事あて辞退届を受理したので、愛媛県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9条に基づき、下記のとおり貴医療機関の（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）の選定を解除します。

（要綱第9条第3項の場合）

年 月 日付け ○第○○号で○○○○（保険医療機関名称）を（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）に選定しておりましたが、下記により、○○○○（保険医療機関名称）が愛媛県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第4条に定める選定基準を満たしていないことが判明したので、同要綱第9条第3項の規定により、貴医療機関の（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）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	
機関の種類別	専門医療機関 ・ 治療拠点機関
対象の依存症	アルコール ・ 薬物 ・ ギャンブル等
満たさなくなった選定基準の項目	