（様式４）

障　第号

令和　年　月　日

解 除 通 知 書

住所又は所在地

氏名又は名称　　様

岩手県知事

達　増　拓　也

年　月　日付けの岩手県知事あて辞退届に不備がなかったため、岩手県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第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）が岩手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 |  |