第　　　　　　号

平成　年　月　日

（住所又は所在地）

（氏名又は名称及び代表者職・氏名）　　　殿

山梨県知事

　　　山梨県　依存症専門医療機関　の選定の取消しについて（通知）

　　　　　　　依存症治療拠点機関

　平成　年　月　日付けで提出のあった辞退届の内容を審査した結果、山梨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条の規定に基づき、（専門医療機関・治療拠点機関）の選定を取り消しましたので、通知します。

（要綱第９条第３項の規定に基づき選定を取り消す場合）

平成　年　月　日○○第○○号で貴医療機関を（専門医療機関・治療拠点機関）に選定していましたが、次の理由により、山梨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条の選定の要件を満たしていないことが判明したことから、当該選定を取り消したので、通知します。

（選定の取消しを行った理由）