様式１

長崎県依存症専門医療機関選定申請書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | フリガナ名　　称 | 　 |
| 所　在　地 | 　〒　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　　　　　　　　　　　　　）メールアドレス（　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |
| 開　設　者 | 住　　所 | 　〒　　 |
| 氏名又は名称 | 　 |
| 生年月日 | 　 | 職　名 | 　 |
| 標榜している診療科目※ | 　 |
| 対象の依存症（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、選定されたく添付書類を添えて申請する。年　　月　　日開 　設 　者　住 所　氏名又は名称　　　　 　　 　　　　　　印　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　長崎県知事　　様 |

（記載要領）

１　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し支えないこととする。

２　対象の依存症については、該当番号に○を記載すること。

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