

(様式6)

〇〇障福第 号
令和 年 月 日

取消通知書

住所または所在地

氏名または名称 様

長崎県知事

令和 年 月 日付けで長崎県知事に提出があった辞退届を受理した
ので、長崎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、貴医療機関の(専門医療機関・治療拠点機関)への選定を取り消します。

(要綱第9条第3項の場合)

令和 年 月 日付け〇〇障福第〇〇号で貴医療機関を(専門医療機
関・治療拠点機関)に選定しておりましたが、下記により貴医療機関が長崎県
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ましたので、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)の選定を取り消します。

記

選定の取り消しを行った理由	
---------------	--