

(様式3)

札精セ第 号
令和 年(年) 月 日

氏名又は名称 様

札幌市長

不選定通知書

令和 年(年) 月 日付けで札幌市に提出のあった、札幌市依存症専門医療機関の選定に係る申請について、札幌市依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱に基づき審査を行った結果、不選定となりましたので、通知いたします。

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
対象の依存症	
不選定理由	