

(様式5)

札精セ第 号
令和 年(年) 月 日

住所又は所在地

氏名又は名称 様

札 幌 市 長

取消通知書

令和 年 月 日付け札精セ第 号で貴保険医療機関を〔 専門医療機関・治療拠点機関 〕に選定しておりましたが、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（以下「要綱」という）に基づく以下の理由により、選定を取り消します。

- ☐ 貴保険医療機関から、令和 年 月 日付けで辞退届が提出されましたので、要綱第8条第2項に基づき、選定を取り消します。
- ☐ 要綱第7条に規定されている確認を行ったところ、貴医療機関が要綱第2条の選定要件を満たしていないことが判明しましたので、要綱第8条第3項に基づき、選定を取り消します。
- ☐ 貴保険医療機関の選定が北海道知事により取り消されたことを受け、要綱第8条第4項に基づき、札幌市における選定を取り消します。