

(様式7)

障福第 号
令和 年 (年) 月 日

依存症専門医療機関等の選定取消に関する情報提供書

札幌市長様

北海道知事

このたび、下記保険医療機関の(専門医療機関・治療拠点機関)としての選定を、令和 年 月 日
付で取り消したので、情報提供します。

記

保険医療機関名称	
保険医療機関所在地	
対象の依存症	
取消理由	