

山口県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定申請書

保 険 医 療 機 関	フリガナ		
	名 称		
	医療機関コード		
	所在地	(〒 -)	
		電話	()
メールアドレス			
開 設 者	氏 名 または 名 称		
	法人の場合	代表者職名	代表者氏名
	住 所 または 所在地	(〒 -)	
電話		()	
標榜している診療科目			
希望する選定種別 及び 対象の依存症の種別 (複数選択可)		<input type="checkbox"/> 1 依存症専門医療機関 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 薬 物 <input type="checkbox"/> ギャンブル	<input type="checkbox"/> 2 依存症治療拠点機関 <input type="checkbox"/> アルコール <input type="checkbox"/> 薬 物 <input type="checkbox"/> ギャンブル
<p>上記のとおり選定されたく、添付書類を添えて申請する</p> <p>年 月 日</p> <p>(開 設 者)</p> <p>住所または所在地</p> <p>氏名又は名称及び代表者氏名</p> <p>山口県知事 様</p>			

(記載要領)

- 「保険医療機関の名称」は必ず正式名称を記載すること。
- 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。
- 申請には、下記を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
 - 依存症治療拠点機関の選定申請・・・別紙 1 及び 2

(※依存症専門医療機関に選定済の場合は、別紙 1 の提出は不要。)