（様式３）

　　　年　月　日

辞　退　届

　岩手県知事　様

住所又は所在地

氏名又は名称

　年　月　日付け障　第　号で岩手県知事から選定された（専門医療機関・治療拠点機関）について、下記の理由により、岩手県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。）第４条の選定基準を満たさなくなったので、要綱第９条の規定に基づき、辞退届を提出します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 保険医療機関名称 |  |
| 保険医療機関所在地 |  |
| 機関の種別 |  |
| 対象の依存症 |  |
| 満たさなくなった  選定基準の項目 |  |