（様式１）

　　平成　　年　　月　　日

滋賀県知事　様

住　所(法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者

氏　名(法人の場合は代表者の氏名)

　　　　　　　　　　　　印

滋賀県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定申請書

下記のとおり選定されたく、関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 申請内容 | 　新　規　　　・　　　追　加 |
| 保険医療機関 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　　） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 診療科目 | ※複数ある医療機関については、対象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。 |
| 希望する選定種別 | １　専門医療機関　　　２　治療拠点機関 |
| 対象の依存症 | １　アルコール　　　２　薬物　　　　３　ギャンブル |
| 選定済依存症の種類及び選定年月日 |  |

（添付書類）

１　精神保健指定医の証、公益社団法人日本精神神経学会認定の精神科専門医登録証の写し

２　選定基準に定める各研修修了証の写し

３　その他知事が必要と認める書類