

(様式 1)

愛媛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	イリョウホウジンマルマルカイマルマルビョウイン	
	名称	医療法人〇〇会〇〇病院	
	医療機関コード	3 8 1 2 3 4 5	
	所在地	(〒〇〇〇-〇〇〇〇)	
		〇〇市〇〇町〇〇 ×丁目〇番地〇番	
電話 〇〇〇 (×××) 〇〇〇〇			
	メールアドレス	〇〇〇〇-〇〇@〇〇〇.××.j p	
標榜している診療科目	内科、神経内科、心療内科、精神科、脳神経外科		
希望する選定種別と 対象の依存症の種別 (複数選択可)	1 専門医療機関	2 治療拠点機関	
	①アルコール	①アルコール	
	②薬物	②薬物	
	③ギャンブル等	③ギャンブル等	
上記のとおり選定されたく、添付書類を添えて申請する。			
令和元年 月 日			
開設者 〒〇〇〇-〇〇〇〇			
住所又は所在地 〇〇市〇〇町〇〇 ×丁目〇番地〇番			
氏名・名称 医療法人〇〇会〇〇病院			
(代表者職・氏名) 理事長〇〇 〇〇 印			
電話番号 〇〇〇 (×××) 〇〇〇〇			
愛媛県知事 様			

(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支えないこととする。
- 申請には、下記も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
 - 依存症治療拠点医療機関の選定申請・・・別紙 1 及び別紙 2