（様式３）

　　年　月　日

辞退届

兵庫県知事　様

住所または所在地

氏名または名称

電話番号

Eメールアドレス

　　　　　　年　　月　　日付け障福第　　　　　号で兵庫県知事から選定された依存症専門医療機関（治療拠点機関を含む。）について、下記の理由により、兵庫県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第４条の選定の条件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）

　（選定の条件を満たさなくなった機関）

　（選定の条件を満たさなくなった理由）