

(様式5)

第 号
年 月 日

(住所または所在地)
(氏名または名称) 様

山形県知事

解 除 通 知 書

年 月 日付け 第 号で貴医療機関を（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）に選定しておりましたが、下記の理由により、山形県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要項第4条に規定する要件を満たしていませんので、同要項第9条第3項の規定に基づき、当該選定を解除します。

記

《選定の解除を行った理由》