（様式４）

　　年　　月　　日

京都府知事　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)

辞　退　届

　　　　　年　　月　　日付け　障第　　号で選定された、京都府依存症専門医療機関について、下記の理由により辞退します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 選定済依存症の種類及び選定年月日 | １　アルコール　（　　　　年　　月　　日付け　　障第　　　　号）２　薬物　　　　（　　　　年　　月　　日付け　　障第　　　　号）３　ギャンブル　（　　　　年　　月　　日付け　　障第　　　　号） |
| 今回辞退する依存症の種類 | １　アルコール　　　２　薬　物　　　３　ギャンブル |
| 辞退理由及び年月日 |  |