様式1号

北九州市依存症専門医療機関選定申請書

保険医療機関	フリガナ			
	名　称			
	医療機関コード			
	所在地	（〒　　－　　）		
		電話　　（　　）		
		メールアドレス		
開 設 者	氏　名 または 名　称			
	法人の場合	代表者職名	代表者氏名	
	住　所 または 所在地	（〒　　－　　）		
		電話　　（　　）		
標榜している診療科目				
対象の依存症 及び希望する機関（複数選択可）		1．アルコール	2．薬物	3．ギャンブル等

北九州市長　様

上記のとおり選定されたく、添付書類を添えて申請する。

年　　月　　日

開　　設　　者
住所または所在地

氏名または名称（代表者氏名）　　印

（記載要領）

1 「保険医療機関の名称」は必ず正式名称を記載すること。

2　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し支えないこととする。

3 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
・精神保健指定医の証又は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
・選定基準に定める各研修修了証の写し