

様式3号

年 月 日

辞 退 届

北九州市長 様

住所または所在地

医療機関名及び代表者名

年 月 日付け 第 号で北九州市長から選定された依存症専門医療機関について、下記の理由により、北九州市依存症専門医療機関選定要綱第4条の選定の要件を満たさなくなったので、同要綱第9条の規定に基づき、辞退届を提出します。

記

1 対象の依存症

2 理由