（様式1）

**愛媛県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定申請書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | フリガナ | イリョウホウジンマルマルカイマルマルビョウイン |
| 名称 | 医療法人○○会○○病院 |
| 医療機関コード | ３８１２３４５ |
| 所在地 | （〒○○○－○○○○） |
| 　○○市○○町○○　×丁目○番地○番 |
| 電話　○○○（×××）○○○○ |
| メールアドレス　○○○○-○○@○○○.××. ｊｐ |
| 標榜している診療科目 | 内科、神経内科、心療内科、精神科、脳神経外科 |
| 希望する選定種別と対象の依存症の種別（複数選択可） | １　専門医療機関 | ２　治療拠点機関 |
| ①アルコール②薬物③ギャンブル等 | ①アルコール②薬物③ギャンブル等 |
| 　上記のとおり選定されたく、添付書類を添えて申請する。　令和元年　月　日　　　　　開　設　者　 　〒○○○－○○○○　　　住所又は所在地　○○市○○町○○　×丁目○番地○番　　　氏名・名称　　　　　　医療法人○○会○○病院（代表者職・氏名）　　理事長○○ ○○　　　　　印　　　電話番号　　　　　　　○○○（×××）○○○○　　　愛媛県知事　様 |

　（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

　　　　　・依存症治療拠点医療機関の選定申請・・・別紙１及び別紙２