（様式３）

　　年　　月　　日

京都市長　様

所在地

名　称

開設者　　　　　　　　　　　　　　印

京都市依存症専門医療機関変更届

下記のとおり変更しましたので，関係書類を添えて届け出ます。

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　　日付け京都市指令第　　　号）２　薬物　　　　（　　　　年　　月　　日付け京都市指令第　　　号）３　ギャンブル　（　　　　年　　月　　日付け京都市指令第　　　号） |
| 変更事項 | １　名　称２　所在地の表示３　診療科目※４　精神保健指定医又は(公社)日本精神神経科学会認定の精神科専門医※複数ある医療機関については、対象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。 |
| 変更した理由及び年月日 |  |
| 変更概要 |  |

（添付書類）

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

２　診療科目の届出の写し

３　その他市長が必要と認める書類