（様式１）

　　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選定申請書

　京都市依存症専門医療機関選定要綱に基づき，下記のとおり選定されたく，関係書類を添えて申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | フリガナ |  |
| 名称 |  |
| 医療機関コード |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 | （　　　　　　） |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 診療科目 | ※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。 |
| 申請する依存症の種類 | １　アルコール　　　２　薬物　　　　３　ギャンブル等 |
| 選定済依存症の種類及び選定年月日 |  |

（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　選定基準に定める各研修修了証の写し

３　その他市長が必要と認める書類