（様式３）

（元号）　年　　月　　日

辞　退　届

　秋田県知事　様

住所または所在地

氏名または名称（代表者氏名）

　（元号）　年　　月　　日付け障－　　で秋田県知事から選定された（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）について、下記の理由により、秋田県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱（以下「要綱」という。）第４の選定の要件を満たさなくなったので、要綱第９の規定に基づき、辞退届を提出します。

記

　（保険医療機関　名称）

　（保険医療機関　所在地）

　（選定の要件を満たさなくなった依存症・機関）

　（選定の要件を満たさなくなった理由）