様式1号

宮崎県依存症専門医療機関申請書

<table>
<tr><td rowspan="5">保険医療機関</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>医療機関コード</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">所在地</td><td colspan="3">（〒　　－　　）</td></tr>
<tr><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="3">電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="4">メールアドレス</td></tr>
<tr><td rowspan="4">開 設 者</td><td>氏　名
または
名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">法人の場合</td><td>代表者職名</td><td colspan="2">代表者氏名</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所
または
所在地</td><td colspan="3">（〒　　－　　）

電話　　（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">標榜している診療科目</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">対象の依存症（複数選択可）</td><td colspan="3">1. アルコール　　2. 薬物　　3. ギャンブル等</td></tr>
</table>

宮崎県知事　殿

上記のとおり選定されたく、添付書類を添えて申請する。

年　　月　　日

開　　設　　者
住所または所在地

氏名または名称（代表者氏名）　　印

（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し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