

(様式4)

第 号
年 月 日

(住所または所在地)

(氏名または名称) 様

山形県知事

解 除 通 知 書

年 月 日付で提出のあった、辞退届については、山形県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要項第9条の規定に基づき、これを受理し、貴医療機関に対する（依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関）の選定を解除します。