

(様式4-1)

精 保 第 号
(元号) 年 月 日

解除通知書

住所又は所在地
氏名又は名称 様

宮城県知事

(元号) 年 月 日付けで提出のあった辞退届に不備がありませんでしたので、宮城県依存症専門医療機関及び依存症治療拠点機関選定要綱第9条に基づき、貴医療機関の(専門医療機関・治療拠点機関)への選定を解除します。