様式４号

　　第　　　　号

　　年　　月　　日

住所または所在地

医療機関名及び代表者名

福岡県知事　　印

解除通知書

　福岡県依存症専門医療機関・依存症治療拠点機関選定要綱第９条（第２項・第３項）の規定に基づき、（アルコール健康障害・薬物依存症・ギャンブル等依存症）の依存症（専門医療・治療拠点）機関への選定を解除します。