様式３号

　　　年　　月　　日

辞退届

福岡県知事　殿

住所または所在地

医療機関名及び代表者名

　　　　　　年　　月　　日付け　　第　　　　　号で福岡県知事から選定された依存症専門医療機関（治療拠点機関を含む。）について、下記の理由により、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４条の選定の条件を満たさなくなったので、要綱第９条の規定に基づき、辞退届を提出します。

記

１　対象の依存症

２　理由