（様式３）

　　　年　　月　　日

京都府知事　様

住　所(法人の場合は主たる事務所の所在地)

開設者

氏　名(法人の場合は代表者の氏名)

京都府依存症専門医療機関変更届

下記のとおり変更しましたので、関係書類を添えて届出ます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 選定済依存症の種類及び選定年月日 | １　アルコール（　　　　年　　月　　日付け　　障第　　　　号）  ２　薬物　　　（　　　　年　　月　　日付け　　障第　　　　号）  ３　ギャンブル（　　　　年　　月　　日付け　　障第　　　　号） | |
| 変更事項 | １　名　称  ２　所在地の表示  ３　診療科目※  ４　精神保健指定医又は(公社)日本精神神経科学会認定の精神科専門医  ※複数ある医療機関については、対象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。 | |
| 変更した理由  及び年月日 |  | |
| 変更概要 |  | |