（様式５）

（元号）　年　　月　　日

辞　　退　　届

熊本県知事　　　　　　　　様

住所または所在地

医療機関名及び代表者名　　　　　印

　　（元号）　年　　月　　日付け○○第○○号で熊本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）について、下記の理由により、熊本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（以下「要綱」という。）第４条の選定の条件を満たさなくなったので、要綱第１０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