様式第７号

労災保険指定医療機関休止・辞退届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院（診療所） | 指定番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　称 |  |
| 所在地 |  |

上記の病院（診療所）について、下記の理由により労働者災害補償保険法施行規則第１１条第１項の規定による病院（診療所）としての指定を 休止 ・ 辞退 したく届出いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 休止・辞退年月日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 休止・辞退する理由 |  |
| 休止予定期間 | 令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日 |

 島根労働局長　 殿

令和　　年　　月　　日

住 所

開設者

氏 名