労災保険指定医療機関休止･辞退届

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医番号 |  |
| 病院（診療所） | 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項の規程による病院（診療所）としての指名を休止･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～　　　年　　月　　日 |

令和　　年　　月　　日

秋田労働局長　殿

住所：

開設者

氏名：