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） | 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１ １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 |

令和 年 月 日

住　所

開設者

氏　名

福岡労働局長 殿