

様式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	年 月 日 ~ 年 月 日

令和 年 月 日

住所

開設者

氏名

福岡労働局長 殿