

労災保険二次健診等給付医療機関休止・辞退届

指定健診機関	指定番号							
	名 称							
	所 在 地							

上記の病院（診療所）について、下記の事由により労働者災害補償保険法施行規則第 11 条の 3 第 1 項の規定による指定健診機関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 _____

広島労働局長 殿