

# 労災保険指名施術所辞退届

令和 年 月 日

兵庫労働局長 殿

労災指名番号

2	8	2					
---	---	---	--	--	--	--	--

施術所の名称

\_\_\_\_\_

施術所の所在地

\_\_\_\_\_

開設者の氏名

\_\_\_\_\_

(法人にあっては、名称及び代表者の職氏名)

下記の理由により労災保険指名施術所を辞退したく届け出いたします。

廃止等年月日	令和 年 月 日
具 体 的 な 理 由	

※労災指名取消にかかる通知を、施術所以外の所(開設者の住所又は別の施術所等)へ送付を希望される場合は、送付先をご記入ください。

通知の送付先 郵便番号

住 所

名 称

電話番号