様式第７号

**労災保険指定医療機関休止・辞退届**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（該当するほうを〇で囲んでください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 | 年　　　月　　　日 |
| 休止・辞退する理由 |  |
| 休止予定期間 | 年　　 月　　 日～　　 年　　 月　　 日 |

　　　　　年　　　月　　　日

　 長 崎 労 働 局 長　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名