

労災保険指定医療機関 休止・辞退届

労災保険指定医番号		2 7	← 全7桁 必ず記入のこと
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

担当者・連絡先 (- -)

年 月 日

大阪労働局長 殿

開設者	住所	_____
	氏名	_____
代理人	住所	_____
	氏名	_____

開設者との関係 ()

<p>この辞退等届の提出先(郵送可、ファックスは不可です)</p> <p>〒540-0003 大阪市中央区森ノ宮中央1-15-10~3F 大阪労働局 労災補償課 3階 審査部 電話 06-7711-0740</p>
