労災保険指定薬局休止・辞退届

|  |  |
| --- | --- |
| 指　定　番　号 |  |
| 薬　　局 | 名　称 |  |
| 所在地 |  |

　上記の薬局について、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項の規定による薬局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 | 平成　年　月　日　～　年　月　日 |

　令和　　年　　月　　日

佐賀労働局長　殿

　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　氏名