

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、下記の理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	平成      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

平成      年      月      日

住 所

開設者

氏 名

印

(記名押印又は署名)

労働局長 殿