様式第8号

労災保険二次健診等給付医療機関休止･辞退届

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院（診療所） | 指定番号 | **２** | **５** |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
|  |
| 電話番号：　　　　　（　　　　） |

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。

|  |
| --- |
|  |

令和　　　年　　　月　　　日

開設者の住所及び氏名

法人の場合は、名称、代表者の職名

氏名及び主たる事務所の所在地

 郵便番号 電話番号

 （　　－　　 　） （　　　 －　　　－　　　）

 住　所

 名　称

 代表者氏名

滋賀労働局長　 殿