

(特定労務管理対象機関指定通知書)

第 号  
年 月 日

〇〇病院 〇〇 〇〇 様

岐阜県知事 〇〇 〇〇

〇〇機関の指定（更新）について

〇年〇月〇日付け第〇号にて申請のあった件について、貴院を〇〇〇〇機関として指定することとしたので通知します。

なお、当該指定については、医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 115 条第 1 項、（第 118 条第 2 項、第 119 条第 2 項、第 120 条第 2 項）の規定に基づき、その効力を 3 年間とします。

指定医療機関：〇〇〇〇

指定有効期間：〇年〇月〇日より 3 年間