

(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。

指定有効期間：〇年〇月〇日より3年間