

会 員 各 位

あさひかわ商工会
会長 増 澤 喜 久 男

健 康 診 断 の 実 施 に つ い て

時下、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

日頃、商工会に対しご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、例年実施しております健康診断は、労働安全衛生法により年に1回定期的に実施するように定められおり、従業員の健康管理に万全を期すると共に、経営の安定と業績向上のため、極めて重要なことであります。

つきましては、本年度の健康診断を下記の日程で実施することになりましたので、ご案内申し上げます。

記

1. 検診日時 7月22日（火）～25日（金）の4日間のいずれか
検診時間は、午後1時 又は 午後2時からです。（時間厳守）
2. 場 所 東旭川病院【旭川市東旭川町下兵村 254-5 TEL 36-2240】
3. 検 診 料 法定検査（35才以上の者又は初診者を対象） 8,700円（税込）
一般検査（35才未満の者を対象） 4,000円（税込）
有機溶剤受診者は、種類により金額が異なりますので病院へ直接ご確認ください。
4. 検査内容 法定検査―身長・体重・腹囲・視力・聴力・胸部X線・血圧・血液・尿、心電図
一般検査―身長・体重・視力・胸部X線・血圧・尿
有機溶剤―キシレン、トルエン、他
5. 申込期日 6月6日（金）迄に、東旭川病院へ直接申込み下さい。（厳守）
※ 希望される日時を変更することがありますのでご了承願います。
6. 留意事項 ①法定検査を受けられる方は、昼食をとらないで受診して下さい。
②女性の方はボタン類のない衣服を着用して下さい。
③検査所要時間 法定検査 ～ 約1時間30分
一般検査 ～ 約30分
7. 支 払 い 病院からの請求書に基づき、直接お支払い下さい。

ご不明な点は、東旭川病院 高橋さんまでお問い合わせ下さい。【TEL 36-2240】

FAXの送信は、平日の午前9時30分～午後5時までの間をお願いします。

健康診断申込書

東旭川病院 御中
(FAX 36-1891)

住所
会社名
電話番号
担当者名

NO		ふりがな 氏名	生年月日	年齢	検査内容		有機溶剤			受診希望日	備考
							キシレン	トルエン	左記以外の場合記入下さい		
1		昭和・平成 年 月 日			法定	一般				7月 日	
2		昭和・平成 年 月 日								7月 日	
3		昭和・平成 年 月 日								7月 日	
4		昭和・平成 年 月 日								7月 日	
5		昭和・平成 年 月 日								7月 日	
6		昭和・平成 年 月 日								7月 日	
7		昭和・平成 年 月 日								7月 日	
8		昭和・平成 年 月 日								7月 日	
9		昭和・平成 年 月 日								7月 日	
10		昭和・平成 年 月 日								7月 日	
		小(合) 計									

該当する箇所にチェック下さい。 ※ 電話番号・担当者名も、ご記入下さい。折り返しお電話致します。