社員各位  
  
健保センターよりのご案内です。  
定期健康診断を下記のとおり行います。

社員の皆さんは必ず受診していただくよう、お願いいたします。

なお、出張などで当日受診できない方は、●日までに下記までご連絡ください。

後日の再検診について説明します。  
  
・日時：●月●日（●）午後10時～12時、午後1時～4時30分  
・場所：本社大会議室  
・実施項目：身長、体重、視力、聴力、血圧測定、検尿、眼底検査、

血液検査、胸部Ｘ線間接撮影、問診（以下、希望者のみ）がん検診  
・連絡先：庶務課●●  
　tel：03-xxxx-xxxx 　　　　　　　　　　　　　　  
　email：kenpo＠xxxx.co.jp  
　　　　  
以上

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*  
●●●●株式会社  
●●部●●課　担当：●●●●  
E-mail:  
TEL:   
\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*