作ります。 経営者・従業員対象 のご案内

健康管理も重要な仕事です。この度、当所では標記健康診断を下記の通り実施いたします。

なお、「さわやか共済」に加入している事業所は、お得に受診いただけるようになりました!



番号 受付時間帯

① 8:30 ~ 8:50
② 9:00 ~ 9:20
③ 9:30 ~ 9:50
④ 10:00 ~ 10:20
⑤ 10:30 ~ 10:50
⑥ 11:00 ~ 11:20

- ※会報年末号にてご案内しました日付より変更がございます。
- ※3密防止の観点から、**時間を区切って受付**いたします。申込状況によっては、ご希望に添えない 場合もございますのでご了承下さい。
- ※番号①2の受付時間帯(8:30 ~ 9:20)は大変混み合いますので、できるだけ番号③以降の受付時間帯でお申込み下さい。
- ※各受診日までに申込事業所様へ、受診者様の「確定(受付時間)のご案内(ご予約票)」をお送りさせていただきます。



敦賀商工会館 6階ホール

※駐車台数に限りがありますので、お車でお越しの際はできるだけ乗り合わせでお越しくださいますようよろしくお願いいたします。



内診/視力/聴力/胸部X線/検尿/肝機能/血中脂質/心電図 上記検診の他、LDL-コレステロール (LDL-C)/

ヘモグロビンA1c (Hba1c) / 腹囲測定 労働安全衛生法に基づく診断(H20.4.1~施行)

受診料。

1名につき7,300円(税込)

「「当日現金にてお支払い」または「受診後お振込み」を ご選択ください、(※由込書参昭)

さわやか共済加入事業所限定! 1名につき6,800円(税込)

※おつりのないようにお願いします。 ※事業所ごとのお支払にご協力下さい。



2月 2日のお申し込みは 1月24日 のまで。 2月10日のお申し込みは 2月 1日 のまで。

裏面申込書に必要事項をご記入の上、FAX にてお申し込み下さい。

●注意事項● 当日は、朝食をとらずにマスク着用でお越し下さい。

- ※当日、体調不良の方は、受診をお断りする場合もございますので、あらかじめご了承下さい。
 - ⇒当日、急遽ご欠席される場合は、必ず下記電話番号までご連絡をお願いいたします。
- ※新型コロナウイルス感染症拡大に伴う緊急事態宣言の発令等により、急遽中止とさせて頂く場合があります。

お問い合せは

敦賀商工会議所 中小企業相談所 勝田・髙橋

〒914-0063 敦賀市神楽町2丁目1-4 TEL (0770) 22-2611 **FAX (0770) 24-1311** E-mail tcci_soudan@tsuruga.or.jp URL http://www.tsuruga.or.jp

裏面の申込書に必要事項をご記入ください

敦賀商工会議所 中小企業相談所 勝田 行 FAX (0770) 24-1311

「経営者・従業員」の健康診断申込書 (*88以上の場合は 当用紙をコピーしてください。)

	7 U # +		生年月日			年齢	性別	受診希望日	希望受付時間 番号を記入			
	氏 :	名		<u> </u>	,,,,			11177	()内に○印下さい	第1希望)
1			昭和	年	月	日生	才	男・女	2月 2日()			
Ľ			平成		73 UI	7	カ · メ	2月10日()				
2			昭和	年	月	日生	 才	男・女	2月 2日()			※当てのがに矛当受作的限制の番号を必ずご言フコラし
Ľ			平成		<i>-</i>		1		2月10日()			7
3			昭和	年	月	日生	才	男・女	2月 2日()			与作
			平成	+ 7	כל				2月10日()			
			昭和	Æ	年 月 日		才	男・女	2月 2日()			F
4			平成	#		日生			2月10日()			(}
_			昭和	/ -		П#	才	B . #	2月 2日()			F. 7
5		平成 年	月 日生	1	男・女	2月10日()			ij			
6		昭和	-		-	+	田 . 去	2月 2日()			3	
0			平成	年	月	日生	才	男・女	2月10日()			
7			昭和	/				m +	2月 2日()			_ ح
′			平成	年	月	日生	才	男・女	2月10日()			Ù

上記のとおり	<u>名</u> 申し込みます。
さわやか共済加入事業所	
@6,800円×	名 = 円
さわやか共済未加入事業所	
@7,300円×	名 = 円

番号	受付時間帯
1	8:30~ 8:50
2	9:00~ 9:20
3	9:30~ 9:50
4	10:00~10:20
(5)	10:30~10:50
6	11:00~11:20

事業所名		
住 所		
代表者名		
事業所TEL	担当者名	

(※ご記入いただいた個人情報は、当健康診断の運営管理の目的にのみ利用させていただきます。)

受診料のお支払方法	・・・(下記①または②いずれかにレ点を付けてく)	ださい)
-----------	--------------------------	------

- □ ①受診日当日 受付にて現金でお支払い
- □ ②受診後 指定口座へ振込み
- ②「お振込」の場合の注意事項 -
- (※2月17日 金までにお振込ください。)

※振り込み手数料は別途ご負担願います。 ※当所からの請求書発行は原則いたしません。

【振込先】福井銀行 敦賀支店 普通預金 0074128

(口座名義) 小規模事業指導費特別会計 敦賀商工会議所