のご案 経営者・従業員 対象

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!



7月14日邸 7月19日周

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

- ※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。



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)



1名につき7,300円(税込)

さわやか共済加入事業所限定! 1名につき

※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。



7月14日のお申し込みは 7月2日命 まで。 7月19日のお申し込みは 7月7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。

当日は、朝食をとらずにマスク着用でお越し下さい。 の注意事項の

- ※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

髙橋・佐本

〒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 髙橋 行 FAX (0770) 24-1311

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

	7		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			<i>/</i>		++ 図D 1エ <i>D</i> U		()内に○印下さい	第1希望 第2希望		×
1			昭和	年	月	日生	 小	男・女	7月14日()			
			平成	+	<i></i>		7	カ`メ 	7月19日()			
2			昭和	年	月	日生	 才	男・女	7月14日()			※当てのがに柔当受作用限帯の番号を必ずご言フコラし
Ľ			平成	+	<i>-</i>		7		7月19日()			7
3			昭和	年	月	日生	 才	男・女	7月14日()			与作
			平成	+	כל	□土	7	男・女	7月19日()			
		昭和	昭和	年	<i>—</i>	J F	才	男・女	7月14日()			
4			平成	#	月	日生	7		7月19日()			(}
5		昭和 年 月 日生 才 男・	昭和	4	8 0	D#	+	田 . / _	7月14日()			5
			カンス	7月19日()			Į					
6		昭 和	昭和		月	. n#	才	男・女	7月14日()			[]
			平成	年	H	日生	7º	カ・メ	7月19日()]]
7		昭和	昭和	#			才	男・女	7月14日()			_ ح
Ľ			平成	年	月	日生	1	<u>カ・</u> ダ	7月19日()			Ù

<u>名</u> 申し込みます。
名= 円
名 =

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□座へ振込み (※7月26日 印までにお振込ください。)
- ②「お振込」の場合の注意事項 -
- ※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 会頭 有馬 義一