平成○年○月○日

社員各位

株式会社　○○

　担当　○○　○○

深夜勤務者健康診断実施のお知らせ

当社では、午後10時から午前５時の間に勤務する社員の皆様に健康に仕事をしていただけるよう、配置替えの際および６か月以内ごとに１回、健康診断を実施しております。予定を調整して必ず受診してください。万が一、スケジュールの都合で受診できない場合は、調整をいたしますので、担当者まで必ずご連絡ください。

記

対象者 １か月当たり４回以上深夜業に従事した方

実施日時 平成○年○月○日　午前○時から午後○時

検診場所 東京都千代田区○○　○○センター

実施項目 既往歴および業務歴の調査、自覚症状および他覚症状の有無の検査、身長、体重、腹囲、視力および聴力の検査、胸部エックス線検査およびかくたん検査、血圧の測定、貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査、血糖検査、尿検査、心電図検査

 （一部、医師が必要でないと認めるときに省略できる項目があります）

注意事項 身体に異常を感じる人、現在病気療養中の人は、問診の際に申し出てください。

以　上