平成○年○月○日

社員各位

株式会社　○○

　担当　○○　○○

食事業務者健康診断実施のお知らせ

当社では、社員の皆様が健康に仕事をしていただけるよう、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 食堂勤務者

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、検便、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 検便容器をあらかじめお渡ししますので、○月○日までに総務部にて受け取ってください。

身体に異常を感じる人は、問診の際に申し出てください。

以　上