

労働安全衛生法第66条に基づく

定期健康診断のご案内



本年度も当所では、会員サービスの一環として、労働安全衛生規則（安衛則第43条、44条）に定められた定期健康診断を実施いたします。また、今年度より新たにBコースを設けましたので、皆様の健康管理にお役立てください。

日 時	11月5日(火)		11月6日(水)	
	男性 予約時間	9:00 ・9:30・ 10:00 ・10:30 ・14:00・14:30・15:00	男性 予約時間	9:00 ・9:30・ 10:00 ・10:30
	女性 予約時間	11:00 ・ 11:30 ・13:30	女性 予約時間	11:00 ・ 11:30
	<ul style="list-style-type: none"> ・いずれかご都合の良い日程を選択して下さい。健診所要時間は約30分です。 ・予約時間の10分前に受付へお越しください。 ・会場での混雑を回避するため、上記予約時間ごと定員30名とします。 ・受診日と時間は申込みの先着順とし、各時間とも定員になり次第、その時間の予約受付は終了いたします。 ・各時間が定員になり次第、当所HP（最新のお知らせ項目）でお知らせいたします。お申込み前に当所HPを必ずご確認ください。 			
会 場	伊丹商工プラザ 6階 マルチメディアホール（伊丹市宮ノ前2-2-2） ・専用駐車場はございませんので、市営地下駐車場または近隣の有料駐車場をご利用ください。			
健 診 項 目	Aコース ①内科検診（身長・体重・BMI・視力・血圧測定を含む）②腹囲測定③メタボリックシンドローム判定 ④尿検査（糖・蛋白）⑤胸部X線デジタル撮影⑥聴力（オーディオメーター使用） ⑦血液検査（・貧血【赤血球数・血色素量】・肝機能【GOT・GPT・γ-GTP】・血中脂質【LDL コレステロール・HDL コレステロール・血清トリグリセライド】・空腹時血糖・HbA1C）⑧心電図 Bコース(上記Aコース①～⑧に追加) ← 今年度より新設 ⑨眼底検査(両眼) ⑩上記Aコース⑦の血液検査に加え、 ・肝機能(総たん白・ALP)・脾機能(アミラーゼ)・腎機能(尿素窒素・尿酸・クレアチニン) ⑪腫瘍マーカー検査【がんの陽性率を保証するものではありません】 （男性は前立腺がん、消化器系がん、肝臓がんの指標を対象【検査項目:PSA,CEA,AFP,CA-19-9】） （女性は卵巣がん、子宮がん、肝臓がんの指標を対象【検査項目:CA125,CEA,AFP,CA-19-9】）			
料 金 (消費税10%) 従業員・ご家族様 も同額で受診可	Aコース 会 員	8,580円(税込) (税抜金額:7,800円・消費税額:780円)	Aコース 非会員	11,880円(税込) (税抜金額:10,800円・消費税額:1,080円)
	Bコース 会 員	17,050円(税込) (税抜金額:15,500円・消費税額:1,550円)	Bコース 非会員	20,350円(税込) (税抜金額:18,500円・消費税額:1,850円)
健診実施機関	医療法人緑地会 赤尾クリニック（大阪市鶴見区緑3-2-15・伊丹商工会議所会員）			
問い合わせ先	伊丹商工会議所 事業管理課 TEL:072-775-1221 FAX:072-775-1223			

お申込みについては裏面をご覧ください。

お申込み の流れ	<p>①下記申込書に必要事項を記入し、10月18日(金)までに FAX か E-mail でお申込みください。</p> <p>②当所から申込書記載の“担当者メールアドレス”へ受付確認メールを送信いたします。ご希望の日時が定員満了の場合、他の日時に調整させていただきますので、必ずご確認ください。また、受付確認メールがお申込み日から3営業日以内に届かない場合は必ずお電話でご連絡いただきますようお願いいたします。</p> <p>③申込内容が確定しましたら、10月28日(月)までに窓口、もしくはお振込で受診料のお支払いをお願いいたします。健診当日のお支払いはご遠慮願います。振込手数料はお振込人さまのご負担をお願いいたします。</p> <p>振込先：三井住友銀行 伊丹支店 普通預金 1486512 伊丹商工会議所</p> <p>④健診日の約一週間前に受診時間通知書をお送りいたします。</p>
ご留意点	<p>・発熱、咳、倦怠感など風邪の諸症状のある方は当日の受診をご遠慮いただきますよう、お願いいたします。</p> <p>・診断結果は、約3週間後に健康診断実施機関から申込書記載のご担当者様宛に送付いたします。</p> <p>・当日ご受診ができなかった方の受診料は銀行振込で全額返金いたします。(振込手数料は先方負担)</p>

伊丹商工会議所 T3140005018087
「定期健康診断」申込書

申込日： 年 月 日
E-Mail: icci05@itami.or.jp(PDF 添付送信)
FAX : 072-775-1223

事業所名

〒 -

住所

(必ずご記入ください)
担当者メールアドレス

TEL

担当者名

	フリガナ 氏名	性別	受診 コース	生年月日	希望日・時間 (定員 30 名・先着順)	
					5日・6日いずれかの希望日と時間を○で囲む	
					・ 11月5日(火)	・ 11月6日(水)
1		男 女	A B	昭和・平成 , ,	(男) 9:00 ・9:30・ 10:00 ・10:30 14:00・14:30・15:00 (女) 11:00 ・ 11:30 ・13:30	(男) 9:00 ・ 9:30 ・ 10:00 ・10:30 (女) 11:00 ・ 11:30
2		男 女	A B	昭和・平成 , ,	(男) 9:00 ・9:30・ 10:00 ・10:30 14:00・14:30・15:00 (女) 11:00 ・ 11:30 ・13:30	(男) 9:00 ・ 9:30 ・ 10:00 ・10:30 (女) 11:00 ・ 11:30
3		男 女	A B	昭和・平成 , ,	(男) 9:00 ・9:30・ 10:00 ・10:30 14:00・14:30・15:00 (女) 11:00 ・ 11:30 ・13:30	(男) 9:00 ・ 9:30 ・ 10:00 ・10:30 (女) 11:00 ・ 11:30
4		男 女	A B	昭和・平成 , ,	(男) 9:00 ・9:30・ 10:00 ・10:30 14:00・14:30・15:00 (女) 11:00 ・ 11:30 ・13:30	(男) 9:00 ・ 9:30 ・ 10:00 ・10:30 (女) 11:00 ・ 11:30
5		男 女	A B	昭和・平成 , ,	(男) 9:00 ・9:30・ 10:00 ・10:30 14:00・14:30・15:00 (女) 11:00 ・ 11:30 ・13:30	(男) 9:00 ・ 9:30 ・ 10:00 ・10:30 (女) 11:00 ・ 11:30

- ・受診コースA・Bのいずれかを選択してください。
- ・ご希望の日時が定員満了になっていないか、当所 HP でご確認ください。
- ・申込書不足の場合はコピーしてお使いください。
- ・上記の情報は、当所主催の健康診断関係以外に使用することはありません。
- ・消費税仕入税額控除にお使いの際は、本紙と金融機関発行の振込明細書を合わせて保管してください。

受診料合計 円