

新型コロナウイルス  
抗体検査付き

定期健康診断

のご案内

主催：伊丹商工会議所  
共催：伊丹労働基準協会



労働安全衛生法第66条で事業者は、労働者に対し、雇い入れ時・1年以内ごとに1回、定期的に医師による健康診断を実施することが義務づけられています。本所では、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致します。この機会に受診していただき、皆様の健康管理にお役立てください。

また今回は、新型コロナウイルス抗体検査も同時に受けられるコースをご用意しております。（抗体の有無は血液検査によって調べます。）新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、是非ご利用ください。

日 時 令和2年 **11月10日(火)**  
**11月11日(水)**

男性受付時間 9:00～10:30  
14:00～15:00 (10日のみ午後も開催)  
女性受付時間 11:00～11:30  
13:00～13:30 (10日のみ午後も開催)

どちらかご都合の良い日程を選択して下さい。

※11日は午前のみとなります。

※各日定員になり次第締め切ります。

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。

料 金 会員事業所 **Aコース 8,300円** **Bコース(抗体検査付) 12,650円**  
非会員事業所 **Aコース 11,600円** **Bコース(抗体検査付) 15,950円**  
※料金表示は全て、1名様分および10%消費税込額です。  
※従業員・ご家族様も同額で受診可能です。

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)・血糖  
⑧心電図  
Bコース 上記①～⑧+**新型コロナウイルス抗体検査**

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 **10月30日(金)** までに、下の申込書に必要事項を記入していただき、申込書と受診料を当所までご持参していただくか、または申込書を **FAX** もしくは **E-mail** で送信していただいた後、**11月5日(木)** までに下記口座へ受信料をお振込みください。

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

※FAX・E-Mailで申し込まれた場合、3営業日以内にご担当者様のメールアドレス宛に受付確認メールを送信いたします。受付確認メールが届かない場合、必ずお電話でご連絡ください。

※振込手数料はお振込人様のご負担でお願い致します。

※恐れ入りますが健診当日のお支払いは、ご遠慮下さいますようお願い致します。

その他  
ご留意点

- ・11月10日(火)・11日(水)のいずれかご都合の良い日程を選択して下さい。
- ・新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、受診当日はマスクの着用をお願い申し上げます。
- ・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、お願い致します。
- ・感染症の拡大状況、緊急事態宣言の発令、会場の管理者(伊丹市)の指針などにより、中止する場合がございます。(その場合のお支払い済み料金は全額ご返金致します。)あらかじめご了承ください。
- ・当日の健診時間は、健診日の約一週間前にご連絡致します。
- ・診断所要時間 約30分です。当日の会場での混雑・密集を回避するため、希望の時間のご受診ができない場合があります。受診の際は1事業所ごと、複数の時間帯で分散して時間指定を致しますので、あらかじめご了承ください。
- ・診断結果通知 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致します。(新型コロナ抗体検査結果についても診断結果に同封して通知致します。)

## 「定期健康診断」申込書

FAX: 072-775-1223

E-Mail: icci05@itami.or.jp (PDF添付送信)

事業所名

担当者

〒  
住所

(必ずご記入ください)  
担当者メールアドレス

TEL

FAX

	フリガナ 氏名	性別	生年月日	コース	希望日
1		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	昭和・平成 , ,	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 11月10日(火) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> 11月11日(水) (AMのみ)
2		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	昭和・平成 , ,	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 11月10日(火) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> 11月11日(水) (AMのみ)
3		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	昭和・平成 , ,	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 11月10日(火) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> 11月11日(水) (AMのみ)
4		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	昭和・平成 , ,	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 11月10日(火) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> 11月11日(水) (AMのみ)
5		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	昭和・平成 , ,	<input type="checkbox"/> Aコース <input type="checkbox"/> Bコース	<input type="checkbox"/> 11月10日(火) <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> 11月11日(水) (AMのみ)

受診料合計 円

※お申込み状況により、ご希望のお時間に添えない場合がございますので、ご了承ください。

※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。