

労働安全衛生法第66条に基づく

# 定期健康診断のご案内



労働安全衛生法第66条で事業者は、労働者に対し、雇入れ時・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。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。皆様の健康管理にお役立てください。

日 時 令和4年 **11月21日(月)・22日(火)**

男性予約時間 9:00・9:30・10:00・10:30・14:00・14:30・15:00

女性予約時間 11:00・11:30・13:30

※11月21日(月)・22日(火)の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。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。予約時間の10分前に受付へお越しください。

※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。お手数ですが、お申込み前に当所HPをご確認ください。**

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。

※**会場の都合により、別会場へ変更になる場合があります。**

その場合、変更が決まり次第HP等でご連絡いたします。

料 金 会員事業所 **8,500円(税込)** 非会員事業所 **11,800円(税込)**

※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 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

※**労働安全衛生規則に定められた“定期健康診断”の検査項目を全て含みます。**

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** ①下記申込書に必要事項を記入し、**10月20日(木)までに** FAX か E-mail でお申込みください。
- の流れ** 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、他の日時で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。**
- ③申込内容が確定しましたら、**10月31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でお願いいたします。
- ・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**
- 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。

- ご留意点**
- ・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、お願いいたします。
  - ・**感染症の拡大状況、緊急事態宣言の発令、伊丹市の指針などにより、別会場を含めて開催を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いたします。)**
  - ・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。

**「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 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_ (必ずご記入ください)

住所 \_\_\_\_\_ 担当者メールアドレス \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

希望日・時間 (定員 30 名・先着順)	21日・22日いずれかの希望日と時間を○で囲む			
	フリガナ氏名	性別	生年月日	
1		男・女	昭和・平成 , ,	・ <u>11月21日(月)</u> (男) 9:00・9:30・10:00・10:30・14:00・14:30・15:00
				・ <u>11月22日(火)</u> (女) 11:00・11:30・13:30
2		男・女	昭和・平成 , ,	・ <u>11月21日(月)</u> (男) 9:00・9:30・10:00・10:30・14:00・14:30・15:00
				・ <u>11月22日(火)</u> (女) 11:00・11:30・13:30
3		男・女	昭和・平成 , ,	・ <u>11月21日(月)</u> (男) 9:00・9:30・10:00・10:30・14:00・14:30・15:00
				・ <u>11月22日(火)</u> (女) 11:00・11:30・13:30
4		男・女	昭和・平成 , ,	・ <u>11月21日(月)</u> (男) 9:00・9:30・10:00・10:30・14:00・14:30・15:00
				・ <u>11月22日(火)</u> (女) 11:00・11:30・13:30
5		男・女	昭和・平成 , ,	・ <u>11月21日(月)</u> (男) 9:00・9:30・10:00・10:30・14:00・14:30・15:00
				・ <u>11月22日(火)</u> (女) 11:00・11:30・13:30

※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。

受診料合計 \_\_\_\_\_ 円