平成 　　年　　月　　日

**健康診断のお知らせ**

所属

氏名　　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　㊞

　平成　　年度定期健康診断を下記の要領で実施いたしますので、日程調整の上、受診くださいますようお願いいたします。

記

第１回目　日時：　平成　　年　　月　　日（　　）

　　　　　　　　　　　　　時　　分　～　　　時　　分

　　　　　場所：

第２回目　日時：　平成　　年　　月　　日（　　）

　　　　　　　　　　　　　時　　分　～　　　時　　分

　　　　　場所：

※希望受診日及び時間を下記用紙に記入し、　　　　　まで連絡すること

　　　　締切日：平成　　年　　月　　日

以　上

切　り　取　り

平成 　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　殿

所属

氏名

　平成　　年度定期健康診断の受診について、下記の日時で調整をお願いいたします。

　　　　　　平成　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分から受診