

粕屋町商工会員 各位

粕屋町商工会
会長 福田 賢輔
公印省略

集団健康診断開催のお知らせ 日間実施・申込先着

粕屋町商工会では、会員事業所を対象に経営者とその家族 従業員さんの健康をバックアップするため、『集団健康診断』を実施いたします。従業員を雇用している事業主には、労働安全衛生法により 年に 回の定期健康診断を実施するよう義務づけられています。この機会に、福利厚生事業として健康診断受診をお申込ください。

※別紙申込書裏面のアンケートにご記入下さい 申込時にご持参下さい。今後のより良い健康診断の参考資料とさせていただきます。

実施日時	平成	年	月	日(火)	時	分	同	時	受付は	時	分まで
	平成	年	月	日(火)	時	分	同	時	受付は	時	分まで
	平成	年	月	日(金)	時	分	同	時	受付は	時	分まで

※ 日限定 名以内 受診時間別、コース 名、コース実施

実施場所 粕屋町健康センター 粕屋町 与丁 1 丁目 1-1 粕屋町役場庁舎の裏

診断内容〔基本検診〕胸部X線 間接撮影、身長・体重測定、腹囲測定、血圧測定、視力検査
聴力検査、検尿 糖、蛋白、ウロビリ、潜血、問診・医師診察、
貧血検査(赤血球数、血色素量、白血球数、ヘマクリット)、
肝機能検査 GOT、GPT、 γ -GPT、ALP
血中脂質検査 T C、中性脂肪、HDL C、LDL C、糖質検査 血糖
腎機能検査 尿酸、クレアチニン 心電図検査 安静時 誘導

〔特別検診〕特別検診を受診希望の方は、別紙申込書に○をつけてください。

- ①胃がん検診(胃透視)
- ②血中ペプシノーゲン 採血のみの簡易胃ガン検査、
- ③大腸がん検診 便潜血 回法、④C型肝炎検査、
- ⑤ 型肝炎検査、⑥SCC 抗原検査 上皮・肺がん検査
- ⑦ヘリコバクターピロリIgG抗体検査 胃潰瘍と関係が深いピロリ菌検査
- ⑧グリコヘモグロビン検査 詳細な糖尿検査

②、④ ⑧は採血検査のため時間はかかりません。

受診負担金

円

受診者数	基本検診	胃ガン	ペプター	ヘリコクター	大腸ガン	型肝炎	B型肝炎	抗原	ヘモグロビン
3	2,500	2,000	1,500	600	450	800	350	1,000	200
4 5	3,000	2,000	1,500	600	450	800	350	1,000	200
10	3,500	2,000	1,500	600	450	800	350	1,000	200
15	4,000	2,000	1,500	600	450	800	350	1,000	200

対象事業所 粕屋町商工会々員、その家族、
従業員 事業所 名以内とし、 名以上で受診希望の事業所に
つきましては、別途個別に検診業者をご紹介致しますのでお問合せ下さい。

定 員 日間合計 名 一日限定 90 名 定員になり次第締め切ります。

申込・締め切り 申込は先着 受付となります。よって受診時間が希望通りにならない事が
あります。混雑緩和の為、ご了承ください。

月 日 水 より 月 日(木)までに別紙「申込書」に記入の上
受診負担金を添えて商工会窓口にてお申込下さい。

受診時間 ※申込書受診希望時間については、次の時間帯から選んで番号をご記入ください。

- ① 7 ② ③
④ ⑤ ⑥

その他 ※申込受付後は、申込書を複写後、 収印押印を以って 収書とさせていただきます。
当日都合により受診キャンセルをされた場合の返金、当日一部不受診による返金、
追加受診による入金につきましては、商工会より後日連絡致しますので、返金受
並び追加入金に来 頂く事になります。

お問合せ先 粕屋町商工会 TEL 担当 西野

健診申込書 兼 収証 ※裏面のアンケートご記入にご協力下さい

事業所名				所在地												
ご担当				Tel				Fax								
受診者氏名 フリガナ必記	生年月日 T 年 S 月 H 日	性別 男・女	い す れ か の 受 診 日	基本検診 受診 負担金	オプション検査受診負担金								希望者のみ〇		受診希望時間	
					胃ガン 検診	ヘパ リ ン	大腸ガ ン②	C 肝	B 肝	SCC	ヒコ リ 菌	ヘモ グ ロ	第一 希望	第二 希望		
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		2,500	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		2,500	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		2,500	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		3,000	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		3,000	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		3,500	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		3,500	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		3,500	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		3,500	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		4,000	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		4,000	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		4,000	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		4,000	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
フリガナ	T 年 S 月 H 日	男・女		4,000	2000	1500	450	800	350	1,000	600	200				
受診負担金等合計		男性 女性	名 名											合計金		

※太枠内のみご記入下さい。 受付終了時に本用紙を複写、 収印押印を以って 収証とさせていただきます。

収金
円

収印

上記金 を健康診断受診負担金として 収めました。

収印無きものは無効

粕屋町商工会 会長 福田 賢 輔
粕屋町若宮 2-3-1 tel938-2456

集団健康診断実施についてのアンケート

①健康診断の受診方法についてお尋ねします。該当するものに○をご記入下さい(いずれか 1つ)。

、従来通り、役場健康センターにて早朝から受診できる隔週 日間の集団健康診断の方が良い。

、総合病院にて、 1か月間の内に希望する日時にて受診する方が良い。

※病院と受診者にて時間の調整があります。

、その他 { ご記入下さい }

②あなたが受けている健康診断の 目に見えないもので、是非受けてみたい 目は何ですか
該当するものに○をご記入下さい 複数回答可。

じん肺健康診断

石綿健康診断

有機溶剤健康診断

鉛健康診断

血液流動検診

乳がん検診

子宮 部がん検診

粗 症検診

腹部超音波検診

眼底検診

眼圧検診

その他 { ご記入下さい }

③昨年度受診された方へおたずねします。健康診断受診時の業者の対応等についてお聞かせ下さい 該当するものに○を記入下さい。

良い

普通

{ 悪い ご記入下さい }

④粕屋町商工会健康診断についてのご意見ご要望ありましたら記入下さい。

{

}

ご協力有難うございました。