社内通知　第XXX号

年　　月　　日

社員各位

**定期健康診断のお知らせ**

今年度の定期健康診断を下記の日程で行います。

当日受診できない方は、下記担当まで至急お知らせください。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **日　時** | 年　　　月　　　日（　　曜日）　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| **対　象** | 全社員 |
| **場　所** | 【男性社員】　本社○F　○○○室  【女性社員】　本社○F　○○○室 |
| **内　容** | 受診内容については、事前に個別にご案内いたします。  ・　一般検診項目  ・　生活習慣病予防検診（※ 40歳以上の社員のみ）  ・　特定検診（※ 該当者のみ） |
| **備　考** | 本件についてのお問合せは下記までお願いいたします。  ●●●部　　　○○○ ○○  内線 0000 ／ 携帯：090-0000-0000 |

以上