社員各位  
  
今年度の定期健康診断を下記のとおり実施いたします。  
必ず全員受診してください。  
  
日時：平成●●年●月●日（●曜日）  
場所：本社●階講堂  
診断項目：体重測定、血圧測定、視力測定、胸部X線間接撮影、尿検査、血液検査等  
  
・検査前の暴飲暴食、過度の運動は慎んでください。  
・当日受診できない人は診療室へお知らせください。  
・おって受診日、受診場所、時間等をご連絡いたします。  
  
以上、宜しくお願い致します。

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*  
●●●●株式会社  
診療室　　 ●●　●●  
E-mail:  
TEL:   
\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*