

総〇〇〇〇〇〇

◎◎〇〇年〇〇月〇〇日

営業部特販チーム

大川 友樹 様

総務部長

石田 祐子

### 健康診断再検査について（通知）

〇〇月〇〇日に実施しました◎◎〇〇年度健康診断の結果、再検査が必要  
とのことです。

下記のとおり、再検査をお願いいたします。

なお、「再検査にあたっての注意事項」を同封してあります。受診1週間前  
までに必ずお読みください。

#### 記

1. 日 時 〇〇月〇〇日（○）〇〇：〇〇

2. 場 所 本社別館〇階 〇〇診療所

仕事の都合で、やむを得ず当日受診できない場合は、〇〇月〇〇日（○）  
までに総務部〇〇にご連絡ください。

同封物 再検査にあたっての注意事項 1 部

以上

担当 〇〇

（〇〇〇〇）