

総合健康診断実施のご案内

長野商工会議所共済制度

健康であることは幸福の第一条件ですが、私どもの体は気づかないうちにむしばまれていることが多いものです。当所では共済制度の一層の普及と加入者の福利厚生を図るため共済加入者には当所にて受診料の一部を負担し、次のとおり健康診断を実施いたしますので、この機会に受診されますようご案内申し上げます。

また、未加入者の皆様は安い掛金で大きな保障が得られる共済制度にご加入くださいますようお願い申し上げます。

日 時 2024年6月～12月(詳細は日程参照)

場 所 ○公益財団法人 長野県健康づくり事業団 長野健康センター
(長野市稲里町田牧206-1 TEL(026)286-6409)
○公益財団法人 倉石地域振興財団 栗 田 病 院
(長野市栗田695 TEL(026)226-0007直通)

内 容

公益財団法人 長野県健康づくり事業団

● 長野健康センター ●

- ①尿検査 ②血液生化学検査
- ③血液一般検査 ④胃部・胸部X線検査
- ⑤大腸がん検査 ⑥視力・聴力検査
- ⑦身体・血圧測定 ⑧肺機能検査
- ⑨心電図検査 ⑩腹囲測定・体脂肪検査
- ⑪眼底・眼圧・視野検査 ⑫歯科検診
・歯科アドバイス ⑬診察 ⑭総合判定・保健相談

公益財団法人 倉石地域振興財団

● 栗 田 病 院 ●

- ①尿検査 ②血液生化学検査
- ③血液一般検査 ④胸部X線検査・胃カメラまたは胃部X線検査 ⑤大腸がん検査
- ⑥視力・聴力検査 ⑦身体・血圧測定 ⑧肺機能検査 ⑨心電図検査
- ⑩体脂肪検査 ⑪眼底・眼圧検査
- ⑫腹部超音波検査 ⑬診察
- ⑭総合判定

※胃カメラについては病院の都合により出来ない場合がございますので事前にお問い合わせください。

定 員 別表参照

(定員になり次第締め切りますのでお早めにお申し込みください。)

受診料

生命共済加入者及び事業主本人……………21,000円
 会議所共済加入者及び事業主本人……………23,000円
 会議所会員……………26,000円

お申し込み 注意事項

- 健診ご希望の方は申込書に受診料を添えて、当所会員サービス課までお申し込みください。
- FAXでのお申し込みは、受診料をお支払いいただいた時点で受付完了となります。早めにご持参ください。
- 希望日の空き状況は、電話にてお問い合わせください。事前に確認してからお申し込みをお願いします。
- お申し込み受付後の受診料はお返しできませんので、ご了承ください。

受診日程

公益財団法人 長野県健康づくり事業団

2024年度長野健康センター日程表

生活習慣病予防健診コース					
受診年月日	曜日	人数	受診年月日	曜日	人数
6月 5日	水	1	10月 3日	木	1
6月 6日	木	1	10月 7日	月	1
6月 7日	金	1	10月16日	水	1
6月11日	火	1	10月22日	火	1
6月13日	木	1	10月24日	木	1
6月18日	火	1	10月29日	火	1
6月20日	木	1	11月 7日	木	1
6月24日	月	1	11月12日	火	1
7月 1日	月	1	11月15日	金	1
7月 4日	木	1	11月20日	水	1
7月 8日	月	1	11月28日	木	1
7月 9日	火	1	12月 2日	月	1
7月12日	金	1	12月 5日	木	1
7月16日	火	1	12月17日	火	1
8月19日	月	1	12月24日	火	1
8月20日	火	1	12月25日	水	1
8月22日	木	1	合 計		42
8月23日	金	1			
8月26日	月	1			
8月28日	水	1			
9月 2日	月	1			
9月 4日	水	1			
9月10日	火	1			
9月12日	木	1			
9月20日	金	1			
9月26日	木	1			

公益財団法人 倉石地域振興財団

2024年度 栗田病院 日程表

生活習慣病予防健診コース		
受診年月日	曜日	人数
6月 4日	火	2
6月13日	木	2
7月 1日	月	2
7月 3日	水	2
7月 4日	木	2
8月 1日	木	2
8月 5日	月	2
8月 6日	火	2
9月 3日	火	2
9月 9日	月	2
9月10日	火	2
10月 2日	水	2
10月 4日	金	2
10月 9日	水	2
11月 1日	金	2
11月 5日	火	2
11月 6日	水	2
12月 2日	月	2
12月 3日	火	2
12月 4日	水	2
合 計		40

お問い合わせ

長野商工会議所 会員サービス課

TEL(026)227-2428 FAX(026)227-2758

公益財団法人 長野県健康づくり事業団 長野健康センター
公益財団法人 倉石地域振興財団 栗田病院

(※どちらかに○印)

受診申込書

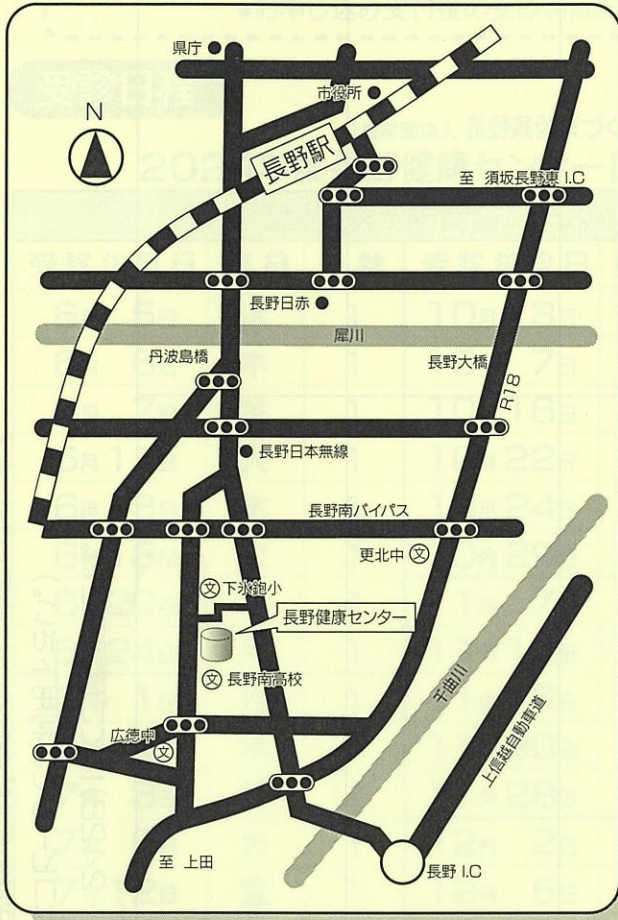
お申込事業所 又は団体名	名称	ご担当者
	住所	
	〒	TEL() - FAX() -

受診月日	フリガナ 氏名	生年月日	性別	受診者住所	日中連絡可能な お電話番号	共通 大腸がん	栗田病院 胃
		T S H ・					
年	月	日	()	〒	男・女	有・無	カメラ・X線
日	()	〒	男・女	有・無	カメラ・X線	有・無	カメラ・X線

※申し込まれる前に必ず空き状況を電話(TEL 026-227-2428)にてご確認ください。
※受診日ごとにご記入ください。(受診申込書が不足する場合はコピーしてご利用下さい。)
※本申込書にご記入いただいた個人情報につきましては、生活習慣病予防健診のみに使用いたします。
※受診料はお申し込みから、なるべく早く早めに当所窓口(会員サービス課)に持参願います。(振込は不可)

ご案内地図

公益財団法人 長野県健康づくり事業団
長野健康センター



公益財団法人 倉石地域振興財団
栗田病院

