

平成30年度 ドライバー集団健康診断日程

月 日	健診地区割 受付時間	開催会場	住所・Tel	実施機関
平成31年1月7日(月)	深川地区 15:00~16:30	雨竜町公民館	雨竜郡雨竜町字満寿 33 番地 94 Tel 0125-77-2321	医療法人新産健会 スマイル健康クリニック 札幌市豊平区月寒東2条 16丁目1-96 TEL 011-867-0139 FAX 011-867-0901 ○受診料 A健診+糖尿検査 2,808円(消費税込) B健診 6,156円(消費税込) ○助成申請 旭ト協が独自で実施する ため診断の助成対象 となりA健診+糖尿検査 が2,808円から1,000 円の助成で実費1,808円 円・B健診が6,156円か ら1,300円の助成で実費 4,856円です。 助成金については、3月 末迄に旭川地区トラッ ク協会より振込まれます。
平成31年1月8日(火)	深川地区 17:30~19:00	菊水コミュニティセンター	深川市深川町字メム 67-3 Tel 0164-22-3056	
平成31年1月9日(水)	深川地区 16:30~19:00			
平成31年1月10日(木)	富良野地区 15:00~19:30	富良野地域人材開発 センター	富良野市西麻町1-1 Tel 0167-22-2619	
平成31年1月11日(金)	美瑛地区 9:30~10:30	美瑛町町民センター	上川郡美瑛町寿町2-3 Tel 0166-92-4141	
平成31年1月15日(火)	羽幌地区 17:30~18:30	老人福祉センター	苫前郡羽幌町北大通2丁目 Tel 0164-62-1424	
平成31年1月16日(水)	稚内地区 13:30~19:30	宝来地区活動拠点センター	稚内市宝来4丁目7-27 Tel 0162-22-5150	
平成31年1月17日(木)	稚内地区 9:30~11:00			
平成31年1月19日(土)	留萌地区 15:30~19:00	留萌地域人材開発センター	留萌市南町1丁目17 Tel 0164-42-0348	
平成31年1月23日(水)	下川地区 16:30~17:30	総合福祉センター 「ハピネス」	上川郡下川町幸町40番地1 Tel 01655-4-3356	
平成31年1月24日(木)	枝幸地区 9:00~11:30	枝幸町中央コミュニティ センター	枝幸郡枝幸町本町880-1 Tel 01636-2-2148	
平成31年1月24日(木)	浜頓別地区 15:00~17:30	浜頓別町多目的アリーナ	枝幸郡浜頓別町中央北2 Tel 01634-2-4666	
平成31年1月25日(金)	名寄地区 14:00~18:00	名寄市民文化センター	名寄市西13条南4丁目2 Tel 01654-2-2218	

平成30年度　ドライバー集団健康診断日程

月　　日	健診地区割 受付時間	開催会場	住所・Tel	実施機関
平成31年1月21日(月)	旭川地区 14:00～19:00	旭川地区トラック研修 センター　3F	旭川市流通団地2条4丁目 Tel 0166-48-7244	公益財団法人 北海道労働保健管理協会 札幌市白石区本郷通3丁目南2-13 TEL 011-862-5131 FAX 011-862-5169 ○受診料 A健診 1,400円（助成済金額） B健診 5,500円（助成済金額） 受診後、会社でまとめて お支払い下さい。
平成31年1月22日(火)				

平成 3 0 年度ドライバー健康診断 集団健診申込書

地区トラック協会 殿

住 所
会 社 名
代表者名
電話番号

診断結果
送付希望住所

保有車両数 _____ 両 常時選任運転者 _____ 名
(被牽引車除く)

トラック協会が実施する集団健康診断に下記のとおり申し込みます。

記

1. 受診希望

会場名: _____ 日時: _____ 月 _____ 日 (_____ 時 _____ 分希望)

A 健診 35 歳を除く 39 歳以下 _____ 名 B 健診 35 歳、40 歳以上 _____ 名

35 歳を除く 39 歳以下で B 健診を希望される方は _____ 名 合計 _____ 名

2. 受診者名簿

※ 健診対象年齢の起算日は平成 31 年 3 月 31 日となります。

受診する方に ○ 印	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	性別	受診する方に ○ 印	フリガナ 氏 名	生 年 月 日	性別
<input type="checkbox"/>	S・H .	男	<input type="checkbox"/>	S・H .	男
<input type="checkbox"/>	S・H .	女	<input type="checkbox"/>	S・H .	女
<input type="checkbox"/>	S・H .	男	<input type="checkbox"/>	S・H .	男
<input type="checkbox"/>	S・H .	女	<input type="checkbox"/>	S・H .	女
<input type="checkbox"/>	S・H .	男	<input type="checkbox"/>	S・H .	男
<input type="checkbox"/>	S・H .	女	<input type="checkbox"/>	S・H .	女
<input type="checkbox"/>	S・H .	男	<input type="checkbox"/>	S・H .	男
<input type="checkbox"/>	S・H .	女	<input type="checkbox"/>	S・H .	女
<input type="checkbox"/>	S・H .	男	<input type="checkbox"/>	S・H .	男
<input type="checkbox"/>	S・H .	女	<input type="checkbox"/>	S・H .	女
<input type="checkbox"/>	S・H .	男	<input type="checkbox"/>	S・H .	男
<input type="checkbox"/>	S・H .	女	<input type="checkbox"/>	S・H .	女

(注) 本申込書は受診を希望する会場及び受診日ごとに作成し、所属トラック協会へ提出してください。
記入漏れがある場合は受診できない場合がありますので、ご確認の上、ご提出ください。
記入頂いた個人情報は当健康診断業務以外には使用いたしません。