

特殊健診のご案内

主催：春日井商工会議所建設業部会・製造業第1・第2部会 健診機関：一般財団法人 公衆保健協会

会員企業を対象に特殊健診を実施いたします。有機溶剤検査は、労働安全衛生法において半年に一度の実施が義務づけられています。是非、受診下さい。

実施日	時間	場所
12月9日(金)	9:00~11:00 受付人数：各10名 (所要時間 30分~45分程度) (30分刻みの予約受付)	商工会議所 1階 大会議室

検査内容	検査項目	金額(税込)	
		一般事業所	当所労働保険・一人親方組合加入事業所
有機溶剤基礎検査	診察・問診及び尿検査(尿蛋白)	3,300円	3,080円
特定化学物質検査	診察・問診・血液検査	3,300円	3,080円
尿中代謝物検査	尿検査 (※溶剤1種類毎に費用が発生します)	3,290円	3,080円

◆使用している溶剤・物質により検査項目及び金額が異なります。

溶剤・物質名(代謝物名例)	有機溶剤基礎	特定化学物質	尿中代謝物	金額(税込)	
シクロヘキサン・シクロヘキサン酢酸エステル・IPA・メチルイソブチルアルコール等	○	—	—	3,300円	3,080円
スチレン、ゴム酸等 溶接コーム(じん肺検査は3年に1回必要です。別途2740円税込費用発生)	—	○	—	3,300円	3,080円
トルエン・キシレン・ルソール・メキサン等 ※溶剤1種類ごとに費用発生	○	—	○	6,590円	6,160円
メチルイソブチルケトン	○	○	—	6,600円	6,160円
エチルベンゼン(1%以上含む場合)	○	○	○	9,890円	9,240円

【申込方法】裏面申込書又は、当所HPより申込書をダウンロードし、FAX又はメールにてお申込み下さい。

受診一週間前までに、問診票・検査キット等を送付いたします。

【健診当日】3密を避ける為、マスク着用・来場前の検温・受付時間の厳守をお願いします。

※37.5℃以上の発熱のある方、風邪の症状や嗅覚・味覚の低下といった症状のある方等は受診をお断りしております。

【受診結果通知】受診結果は、1ヶ月程度で郵送します。

【受診料支払方法】請求書を受診結果に同封し送付させていただきます。

【申込期日】10月31日(月)

【連絡先】商工会議所 運営課 TEL (0568) 81-4141

【個人情報の取扱い】ご記入いただいた情報は、健診の連絡・健診の結果の通知等目的以外に利用いたしません。

受診機関とは業務委託契約を締結し、個人情報保護は適切に管理します。

同日開催

生活習慣病予防健診：12/9(金) (対象：35歳~74歳の協会けんぽ加入事業者)

健診内容：基本健診+大腸がん検査+胃部レントゲン検査(バリウム)

金額：7,169円(税込)

健診助成：愛知県中小企業共済加入者は、最大5,000円の助成が適用されます。



FAX : 0568-81-3123

運営課 行 (entry@kcci.or.jp)

特殊健診申込書

事業所名			
住 所	〒		
T E L		F A X	
担当者名	当所労働保険・一人親方組合に委託加入されていますか？		
第1希望	時	分	<input type="checkbox"/> 労働保険事務組合に加入 <input type="checkbox"/> 加入していない
第2希望	時	分	<input type="checkbox"/> 一人親方組合に加入 <input type="checkbox"/> 分からない

	(フリガナ) 受診者氏名	生年月日 (西暦)	年齢	性別	希望に○印を付け、 下に使用する溶剤名・物質名をご記入下さい。		
					有機溶剤 基礎検査	特定化学 物質検査	尿中代謝 物検査
1		西暦 年 月 日		男 女			
2		西暦 年 月 日		男 女			
3		西暦 年 月 日		男 女			
4		西暦 年 月 日		男 女			
5		西暦 年 月 日		男 女			
6		西暦 年 月 日		男 女			
7		西暦 年 月 日		男 女			
8		西暦 年 月 日		男 女			
9		西暦 年 月 日		男 女			
10.		西暦 年 月 日		男 女			
備 考							

※用紙が足りない場合は、コピーしてご使用下さい。

※溶剤・物質の種類は、使用する溶剤・塗料・原料等の製品に添付されている安全データシートをご確認いただき、ご記入下さい。