各　位

インフルエンザ予防接種のお知らせ

下記のとおり、インフルエンザ予防接種を実施いたします。希望される方は総務部まで申し出てください。

記

 日　時 令和　　年　　月　　日

 午後●時～午後●時

 場　所 当社●●会議室

 医療機関 当社産業医●●医院　●●先生

 費　用 本人負担額　1,500円

 ※半額は会社が負担いたします。

 ※　　本人負担額は●月分給与から天引きいたします。

以上

 株式会社●●

 総務部長　●●　●●