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　●●　●●