**再検査通知書**

通知日：平成　　年　　月　　日

所属

氏名　　　　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　㊞

　平成　　年度定期健康診断結果において、精密検査の必要性があると判定されましたので、次の要領で再検査を受診くださいますようお願いいたします。

記

1. 受診日 平成 　　年 　　月 　　日（ 　　）
2. 時　間 　　時　　分　～　　　時　　分
3. 場　所

（交通手段：　　　　　　　　　　　　　　　徒歩　　分）

以　上