

現在、契約中の健診機関につきまして、下記のとおり契約解除となりますのでお知らせいたします。

記

◆契約を解除する健診機関名（特定健診・生活習慣病予防健診）

健診機関名	契約解除年月日
福井県労働衛生センター	令和８年３月３１日