

【様式1-2】

(会員事業者 → 検査・医療機関)

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る

記載例(事前申請、検査機関提出)

兼委任状

年 月 日

NPO 法人睡眠健康研究所 殿 (検査を申込みされる検査・医療機関名をご記入ください。)

Table with 4 columns: 事業者名, 代表者名, 住所, and details for 〇×運送, 〇〇部 △△ 次郎, 〇× 太郎, 012-3456-789, 〒760-0066 高松市福岡町〇-△-〇

- 1. 受診したい検査機関への書類となりますので、必要事項を記入のうえ、検査機関へ送付ください。
2. 得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、検査結果の不利の無いようにすることを同意致します。
3. 私(事業者、申込者)は、SAS スクリーニング機器の取り扱いについては充分注意致します。
4. 正本は検査・医療機関に提出し、事業者は写られたときは当該者の欄のみの写しを渡す。
※ 検査・医療機関及び事業者は、個人情報保護法に基づき、個人情報の取扱いに十分注意すること。

・必要事項の記入忘れにはご注意ください。
・受診者の自署と印鑑が必要になります。

Table with 6 columns: No., 機器No., 申込者氏名, ふりがな, 同意年月日, 印. Contains entries for 石 五郎, 井 六郎, 尾 八郎.

Large table with 6 columns: No., 機器No., 申込者 氏名, 氏名ふりがな, 同意年月日, 印. Rows 6-20.

(注) (一社) 香川県トラック協会への申請(様式1-1)の提出はお済みでしょうか。事前の申請がない場合は、助成が受けられない場合がありますので、ご注意ください。