

様式 3

(会員事業者 → 検査・医療機関)

**睡眠時無呼吸症候群 (SAS) スクリーニング検査申込書兼委任状**

(検査・医療機関名)

平成 年 月 日

殿

事業者名 \_\_\_\_\_ (連絡責任者名) 役職・氏名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_

1. 私 (申込者) は、睡眠時無呼吸症候群 (以下「SAS」と言う) のスクリーニング検査申込にかかる一切の事務及び「SAS」スクリーニング検査結果の受領については、上記事業者に委任致します。  
また、検査の結果、「精密検査が必要」と判断された場合は、「SAS」が原因と思われる労働災害事故を未然に防止する事から検査・医療機関ならびに事業者の指導に従うことを同意いたします。
  2. 私 (事業者) は、下記の者の検査から得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、「SAS」スクリーニング検査結果を理由に、解雇や配置転換など申込者の不利益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は医療精密機械であり取り扱いについては充分注意いたします。不手際により破損、紛失等が生じた場合は相当額を賠償いたします。
  4. 正本は検査・医療機関に提出し、事業者は写しを保管すること。  
なお、申込者より本状の写しを求められたときには渡すこと。
- ※ 本状の取扱については、検査・医療機関、事業者、申込者ともに、個人情報保護法にもとづき、目的外利用及び紛失、流失などの無いよう充分注意すること。

NO	機器 NO	申込者氏名 (上段)	住 所 (上段)		印
		電話番号 (下段)	同 意 年 月 日 (下段)		
1		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
2		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
3		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
4		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
5		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
6		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	

NO	機器 NO	申込者氏名 (上段)	住 所 (上段)		印
		電話番号 (下段)	同 意 年 月 日 (下段)		
7		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
8		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
9		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
10		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
11		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
12		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
13		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
14		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
15		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
16		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
17		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
18		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
19		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	
20		氏名 (ふりがな)	〒		
		電話	同 意 年 月 日	年 月 日	

(注) 都道府県トラック協会への申請 (様式 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もございますので、ご注意ください。