

(様式4) (SASスクリーニング検査を申し込む際、検査医療機関に提出してください)

(公社)福岡県トラック協会 突発性運転不能障害疾患予防対策助成事業
SASスクリーニング検査申込書兼委任状

平成 年 月 日

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。)

事業者名		(連絡責任者) 役職・氏名	
代表者名	印	電話番号	
住所	〒 -		

- 私(申込者)は、睡眠時無呼吸症候群(以下「SAS」という。)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ことから検査・医療機関ならびに事業者の指導に従うことを同意致します。
- 私(事業者)は、申込者の検査結果から得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、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。
- 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。なお、不手際により破損、紛失等が生じた場合は相当額を賠償致します。
- 正本は検査・医療機関に提出し、事業者は写しを保管する。
なお、申込者より本状の写しを求め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、個人情報保護法にもとづき、本状の取り扱いについて目的外利用並びに紛失、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	

※ この検査申込書兼委任状は、「A3」版で、ご提出ください。

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) 全日本トラック協会が実施する、SASスクリーニング検査助成制度をすでに申請している場合は、当様式の提出は不要です。