

【様式1-2】

会員事業者 → NPO法人ヘルスケアネットワーク(OCHIS)
 【東京オフィス】〒101-0052 東京都千代田区神田小川町1-3-1 NBF小川町ビルディング4階
 (一社)専門医ヘルスケアネットワーク事務局内
 【大阪オフィス】〒536-0014 大阪市城東区鳴野西2-11-2 大阪府トラック総合会館3階

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る **スクリーニング検査申込書兼委任状**

NPO法人 ヘルスケアネットワーク 殿 年 月 日

事業者名			
代表者名	印	(連絡責任者) 役職・氏名	
住所	〒 -		
電話番号		FAX番号	
E-mailアドレス			
申込合計人数	名		
運輸ヘルスケアナビシステム®※を導入していますか <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> する予定 <input type="checkbox"/> していない			

※全日本トラック協会事業

- 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。

《NPO法人ヘルスケアネットワーク 注》

- ・お申込み多数の場合は、検査機器発送までお待ちいただくことがあります。
- ・必ず代表者印・申込者印を押印して、原本をNPO法人ヘルスケアネットワークへご郵送ください。
- ・1回当たり、3名様未満でのお申し込みの場合は、送料を別途頂戴致します。
- ・トラック協会への助成金の申請は、検査終了後、事業者様が行ってください。NPO法人ヘルスケアネットワークから申請することはありませんのでご注意ください。

No.	機器No.	申込者氏名	ふりがな	同意年月日	印
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

(注) 都道府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。