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**

**スクリーニング検査申込書兼委任状**

　　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 |  | 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、上記事業者に委任いたします。

また、検査の結果、「精密検査が必要」と判断された場合は、SASが原因と思われる健康起因事故

及び労働災害事故を未然に防止することから検査・医療機関並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、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いたします。

３．私（事業者、申込者）は、SASスクリーニング機器の取扱いについては充分注意いたします。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

められたときは当該者の欄のみの写しを渡すこと。

**※　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。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 機器　№ | 申込者氏名 | 氏名ふりがな | 同意年月日 | 印 |
| 1 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 2 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 3 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 4 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 5 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |

**（注）宮ト協への申請（様式１－１）はお済みでしょうか。事前の申請がない場合は、**

**助成を受けることができません。ご注意ください。**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 機器　№ | 申込者氏名 | 氏名ふりがな | 同意年月日 | 印 |
| 6 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 7 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 8 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 9 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 10 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 11 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 12 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 13 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 14 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 15 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 16 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 17 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 18 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 19 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |
| 20 |  |  |  | 年　　　　月　　　　日 |  |