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 （検査を申込む検査・医療機関名をご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | (連絡担当者)  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係る一切

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

うことを同意致します。

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に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の取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こと。なお、申込者より本状の写しを

求められた時は、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、個人情報保護法に基づき、本状の取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。

（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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | 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 |  |

(注) 宮ト協への事前申請(様式１－１)はお済みでしょうか？　事前申請(事前申込書)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。