

【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

記載例(事前申請、検査機関提出)

兼委任状

年 月 日

NPO 法人睡眠健康研究所 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。)

Table with 4 columns: 事業者名, 代表者名, 住所, and details like 連絡責任者, 電話番号.

- 1. 受診したい検査機関への書類となりますので、必要事項を記入のうえ、検査機関へ送付ください。
2. ...
3. ...
4. ...
※ 検査・医療機関及び事業者は、個人情報保護法... 利用並びに紛失、流失などの無いよう充分注意すること。

・必要事項の記入忘れにはご注意ください。
・受診者の自署と印鑑が必要になります。

Table with 6 columns: No., 機器No., 申込者氏名, ふりがな, 同意年月日, 印. Contains 5 rows of example data.

Large empty table with 6 columns: No., 機器No., 申込者 氏名, 氏名ふりがな, 同意年月日, 印. Rows 6-20.

(注) (一社) 香川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。