

【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。)

事業者名	○×運送	(連絡責任者) 役職・氏名	○○部 △△ 次郎
代表者名	代表取締役社長 ○× 太郎 印	電話番号	012-3456-789
住 所	〒760-0066 高松市福岡町○-△-○		

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. 得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、検査結果の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手が責任を負います。
  4. 正本は検査・医療機関に提出し、事業者は写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、個人情報保護法に基づき、個人情報を適切に管理し、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。

No.	機器No.	申込者氏名	ふりがな	同意年月日	印
1		×石 五郎	ほついし ごろう	令和○年◇月▼日	ⓐ
2		○井 六郎	まるい ろくろう	令和○年◇月▼日	ⓐ
3		☆尾 八郎	ほしお はちろう	令和○年◇月▼日	ⓐ
4				年 月 日	
5				年 月 日	

No.	機器No.	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	
				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) (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。