


睡眠時無呼吸症候群(SAS)検査 申込書・同意書

【一般】

平成 年 月 日

事業所名		支店名・ 営業所名	
事業主名			
所在地 〒			
担当者	部署	役職	
	氏名		
連絡先		TEL	FAX
検査の種類 ※どちらかに ○をつけてく ださい	1. 検査A ¥5,000 (内訳) <input type="checkbox"/> 1次検査 ¥1,000 (自己診断チェックアンケート) <input type="checkbox"/> 2次検査 ¥4,000 (パルスオキシメータ(パルちゃん)による検査)		【料金はお一人様あたり・税込】
	2. 検査B ¥4,000 (内訳) <input type="checkbox"/> 2次検査 ¥4,000 (パルスオキシメータ(パルちゃん)による検査)		【料金はお一人様あたり・税込】
予定人数	(名)		 <p>パルちゃん</p>

・(注1) 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。

パルちゃんは
宅配便にて
事業所へお届け!

睡眠時無呼吸症候群(SAS)検査を実施するに当たり、下記の通り同意いたします。

- ① 個人情報の取り扱いについてはその保護等十分な配慮を行います。
- ② 疑SAS、SAS判定者の運転者については業務から外すなど、個人的な不利益のないようにします。
- ③ 医療機関への受診が必要な者には、運行管理上の配慮など受診しやすい環境づくりに努めます。
- ④ 貸出器具のパルスオキシメータは精密医療機器のため、取扱いに注意すること。不手際による破損、紛失については相当額の賠償を行います。
- ⑤ パルスオキシメータの使用期間を連絡なく遅延する場合は所定の延滞金を支払います。
- ⑥ 事故防止と健康管理に努め、SASスクリーニング検査後の受診状況等を求められた時には報告します。

(社) 全日本トラック協会・(社) 大阪府トラック協会SAS対策事業受託法人

■ 申込書送付先



NPO法人 **ヘルスケアネットワーク (OCHIS)**

〒536-0014 大阪市城東区鳴野西2丁目11番2号 大阪府トラック総合会館3階

Tel: 06-6965-3666

Fax: 06-6965-5261

E-mail: sas@ochis-net.com

http://sas.ochis-net.jp