



ハイヤー・タクシー運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る  
SASスクリーニング検査申込書兼委任状

NPO法人 睡眠健康研究所 股

年 月 日

事業者名	(連絡責任者) 役職・氏名
代表者名	印 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が原因と思われる労働災害事故を未然に防止することから自己責任において検査結果に対処します。
2. 私(事業者、申込者)は、申込者の検査結果から得た個人情報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当額を賠償致します。
4. 正本は検査・医務機関に提出し、事業者は写しを保管する。
5. 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。

本研究成果の公表においては、集団として匿名化された解析結果のみを公表することとし、研究対象者個人が特定できないように配慮しますのでご安心ください。

※ 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。

No.	申込者氏名(上段)		住所(上段)		印
	電話番号(下段)	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
1	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
2	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
3	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
4	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
5	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
6	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	

※ この検査申込書兼委任状は、「A3」版で、ご提出ください。

No.	申込者氏名(上段)		住所(上段)		印
	電話番号(下段)	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
7	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
8	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
9	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
10	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
11	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
12	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
13	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
14	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
15	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
16	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
17	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
18	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
19	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	
20	〒 -	氏名(ふりがな)	同意年月日	同意年月日(下段)	