

睡眠時無呼吸症候群(SAS)検査 申込書・同意書

【事業者→(公社)奈良県バス協会→OCHIS】

年 月 日

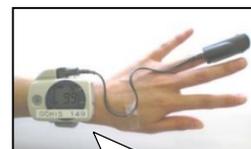
事業所名		支店名・ 営業所名	
事業主名			
所在地		〒	
担当者	部署	役職	
	氏名		
連絡先	TEL		
	E-MAIL		
予定人数	(名) ※注2		
所属バス 協会欄	[所属バス協会署名・捺印欄] 印		
HPの掲載	当法人のホームページ等に「SAS検査実施事業所様」として、 御社のお名前を掲載してもよろしいでしょうか？		<input type="checkbox"/> よい <input type="checkbox"/> よくない

■□ 検査内容 □■

金額 : ¥5,000 【料金はお一人様あたり・税別】

パルスオキシメータ(パルちゃん)による検査 + 睡眠に関するアンケート

- ・(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。
- ・(注2) 1回当たり、3名様未満でのお申し込みの場合は、送料を別途頂戴致します。



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。

(公社) 全日本トラック協会 SAS対策事業受託法人・(公社) 日本バス協会 SAS対策事業推奨機関



NPO法人 **ヘルスケアネットワーク (OCHIS)**

sas@ochis-net.com

http://sas.ochis-net.jp

【東京オフィス】〒101-0052 東京都千代田区神田小川町1丁目3番1号 NBF小川町ビルディング4階
(一社) 専門医ヘルスケアネットワーク事務局内

Tel: 03-3295-1271

Fax: 03-3295-1274

■ 申込書送付先: 【大阪オフィス】〒536-0014 大阪市城東区嶋野西2-11-2 大阪府トラック総合会館3階

Tel: 06-6965-3666

Fax: 06-6965-5261