

通 報

大ト協第136号
令和4年7月

各 位

一般社団法人大阪府トラック協会
会長 中 川 才 助

(一社) 運転従事者脳MRI健診支援機構を 利用した、脳健診の受診について

(ご 案 内)

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素は、当協会の運営につきまして積極的なご理解とご協力を賜わり誠にありがとうございます。

さて、脳健診助成事業につきましては、トラック広報5月号ならびに協会HP掲載「大ト協第24号」ですすでにご案内済みでございますが、このたび、脳MRI健診支援機構が大ト協と包括契約を締結いたしましたので、受診申込みにあたり、みなさまが別途、脳MRI健診支援機構と契約することなく、別紙「脳MRI健診予約申込書」により受付できるようになりましたのでご案内申し上げます。

また、提携医療機関につきましてもご案内いたしますので、ご参照下さいますようよろしくお願いいたします。

なお、受診後の助成金申請方法につきましては、従前のとおりいたします。

記

1. お問い合わせ先

運転従事者脳MRI健診支援機構 大阪事務局

事務委託先：(DGコミュニケーションズ)

TEL：(050) 1751-1500

FAX：(06) 6201-2920

大阪府トラック協会会員専用
一般社団法人運転従事者脳 MRI 健診支援機構
提携医療機関一覧表

※健診枠提供時間帯：「×」の時間帯はお選びできません。

No	医療機関名	AM	PM	住所
1	社会医療法人寿会富永病院	×	○	大阪府大阪市浪速区湊町 1-4-48
2	医療法人弘善会矢木脳神経外科病院	×	○	大阪府大阪市東成区東今里 2-12-13
3	医療法人AWNCきし脳神経外科リハビリクリニック	×	○	大阪府大阪市福島区吉野 3-22-17 野田ロイヤルビル
4	いわた脳神経外科クリニック	×	○	大阪府大阪市城東区成育 2-13-27 クリニックステーション野江 1-B
5	医療法人猪瀬整形外科緑地公園メディカルクリニック	○	○	大阪府豊中市寺内 2-4-1 緑地駅ビル 2 階
6	いのうえクリニック	○	○	大阪府吹田市昭和町 13-1
7	医療法人再生会そばじまクリニック	×	○	大阪府東大阪市荒本北 2-2-6 クリニックコート東野
8	医療法人晴心会野上病院	×	○	大阪府泉南市樽井 1-2-5
9	医療法人佳和会てらもと脳神経外科クリニック	×	○	大阪府堺市北区長曾根町 3082-1
10	医療法人 良秀会高石藤井病院	×	○	大阪府高石市綾園 1-14-25
11	医療法人清仁会水無瀬病院	○	○	大阪府三島郡島本町高浜 3-2-26
12	医療法人徳洲会松原徳洲会病院	○	×	大阪府松原市天美東 7-13-26

一般社団法人運転従事者脳 MRI 健診支援機構 事務局 (DG コミュニケーションズ) 殿

お申込み日	年	月	日	※ <input style="width: 30px;" type="text"/> 内へ諸情報を記載の上、下部 FAX 番号宛に送信ください。
企業情報				
事業者名: _____				
住所: _____				
担当者名:		所属部署:		
電話番号:		FAX 番号:		
メールアドレス: _____				
診断レポート送付先 (企業情報と同じ場合は“同上”と記載ください)				
事業者名:		担当者名:	所属部署:	
住所:		電話番号:		
請求書送付先 (企業情報と同じ場合は“同上”と記載ください)				
事業者名:		担当者名:	所属部署:	
住所:		電話番号:		

脳 MRI 健診受診予約申込書

当社は、大阪府トラック協会の「脳健診助成事業」の要項に基づき、当社所属の運転者に脳 MRI 健診を受診させたいので申込みます。
 ※受診希望医療機関は別紙.1 の通り 12 病院。

No.	(フリガナ) 氏名 生年月日(西暦)	性別	受診希望 医療機関 No.	第 1 希望	第 2 希望	決定受診日 (機構記入欄)
1	(フリガナ) 氏名 _____ 年 月 日生	男・女		月 日() AM・PM	月 日() AM・PM	月 日()
2	(フリガナ) 氏名 _____ 年 月 日生	男・女		月 日() AM・PM	月 日() AM・PM	月 日()
3	(フリガナ) 氏名 _____ 年 月 日生	男・女		月 日() AM・PM	月 日() AM・PM	月 日()
4	(フリガナ) 氏名 _____ 年 月 日生	男・女		月 日() AM・PM	月 日() AM・PM	月 日()
5	(フリガナ) 氏名 _____ 年 月 日生	男・女		月 日() AM・PM	月 日() AM・PM	月 日()

※受診希望医療機関は、別紙「提携医療機関一覧表」よりお選びください。
 ※6名以上の申込みは、この用紙をコピーしてお使いください。
 ※受診希望日はお申込み日から3週間以上先の日程を記載ください。
 ※ご希望の予約日時で受診予約が取れない場合もございますので予めご了承ください。

運転従事者脳MRI 健診支援機構 事務局 (DG コミュニケーションズ)

TEL : 050-1751-1500 FAX : 06-6201-2920

■ 大阪府トラック協会用 脳MRI健診アカウント申込書 -サービスセットアップ用紙-

✓記入欄（黄色部分）に必要な事項をご記入の上、**本ファイル**をパスワード設定の上メール添付で下記メールアドレス宛にお送りください。事務局より折り返しご連絡いたします。

メール添付送付先➡

mri-o@dg-c.co.jp

注）本ファイルをメール添付送付の際は、個人情報保護のため必ずパスワード設定をしてください。設定したパスワードは別メールでお知らせください。

注）大阪府トラック協会会員以外の事業者は、事前に脳MRI健診支援機構と契約締結する必要がありますので予めご了承ください。

申込み方法、パスワード設定方法などご不明点はこちらまでお電話ください TEL:050-1751-1500（運転従事者脳MRI健診支援機構事務局/DGコミュニケーションズ）

大項目	小項目	記入例	記入欄	備考
1 事業者情報	1-1 事業者名	○×運輸株式会社		ハイフンなし
	1-2 郵便番号	1112222		
	1-3 住所1（都道府県）	東京都		
	1-4 住所2（市区町村番地）	港区南青山X-X-X		
	1-5 住所3（ビル名）	△□ビル2F		
	1-6 電話番号	034567XXXX		
2 担当者情報	2-1 担当者 姓（漢字）	田中		このメールアドレスに登録ログイン情報が送信されます。
	2-2 担当者 名（漢字）	一郎		
	2-3 担当者メールアドレス	tanaka@***.co.jp		
	2-4 担当者所属先	総務部総務課		
3 診断レポート送付先	3-1 郵便番号	◎大項目1、2と		ハイフンなし
	3-2 住所1（都道府県）	異なる場合のみ		
	3-3 住所2（市区町村番地）	ご記入ください。		
	3-4 住所3（ビル名）			
	3-5 宛名1（事業者名）			
	3-6 宛名2（所属名）			
	3-7 宛名3（担当者名）			
	3-8 電話番号			
4 請求書送付先	4-1 郵便番号	◎大項目1、2と		ハイフンなし
	4-2 住所1（都道府県）	異なる場合のみ		
	4-3 住所2（市区町村番地）	ご記入ください。		
	4-4 住所3（ビル名）			
	4-5 宛名1（事業者名）			
	4-6 宛名2（所属名）			
	4-7 宛名3（担当者名）			
	4-8 電話番号			
5 登録医療機関	5-1 医療機関名1	大阪府で脳MRI健診を受診出来る医療機関は右の通り	社会医療法人寿会 富永病院	大阪府大阪市浪速区湊町一丁目4番4号
	5-2 医療機関名2		医療法人弘善会 矢木脳神経外科病院	大阪府大阪市東成区東今里2-12-13
	5-3 医療機関名3		医療法人AWNC きし脳神経外科リハビリクリニック	大阪府大阪市福島区吉野3-22-17 野田ロイヤルビル
	5-4 医療機関名4		いわた脳神経外科クリニック	大阪府大阪市城東区成育2丁目13番27号クニックステーション野江1-B
	5-5 医療機関名5		医療法人権瀬整形外科クリニック 緑地公園メディカルクリニック	大阪府豊中市寺内2丁目4番1号 緑地駅ビル2階
	5-6 医療機関名6		いのうえクリニック	大阪府吹田市昭和町13-1
	5-7 医療機関名7		医療法人再生会 そぼじまクリニック	大阪府東大阪市荒本北2-2-6 クリニックコート東野
	5-8 医療機関名8		医療法人徳洲会 松原徳洲会病院	大阪府松原市天美東七丁目1番26号
	5-9 医療機関名9		医療法人晴心会 野上病院	大阪府泉南市樽井1丁目2番5号
	5-10 医療機関名10		医療法人佳和会 てらもと脳神経外科クリニック	大阪府堺市北区長曾根町3082-1
	5-11 医療機関名11		医療法人 良秀会 高石藤井病院	大阪府高石市綾園1-14-25
	5-12 医療機関名12		医療法人清仁会 水無瀬病院	大阪府三島郡島本町高浜3丁目2番26号

～ご記入ご協力ありがとうございました（以下、事業者の方はご記入不要です）～

(脳MRI健診支援機構記入欄)

A ベーシック認証	A-1 コーザー名	bsbiz tJkRFOJ	全事業者共通 全事業者共通
	A-2 パスワード		
B 事業者アカウント	B-1 事業者コード		脳MRI健診支援機構側で設定・発番 脳MRI健診支援機構側で設定・発番 脳MRI健診支援機構側で設定・発番
	B-2 ログインID		
	B-3 パスワード		
D 決済方法	D-1 銀行振込	銀行振込	脳MRI健診支援機構側で発番
	D-2 口座番号 (D-1 銀行振込の場合のみ)		
E 備考	大阪府トラック協会		