

睡眠時無呼吸症候群（SAS）検査 申込書・同意書

【大阪府トラック協会所属】

年 月 日

ふりがな 事業所名	
代表者名	
印	
支店名・営業所名	トラック協会 所属支部
住所（〒 - ）	
連絡先TEL	
FAX	
担当者	部署
	役職
担当者	ふりがな 氏名
	E-mailアドレス
検査予定人数	備考
名	
OCHISのSAS検査を知ったきっかけは何ですか？ <input type="checkbox"/> トラック協会 <input type="checkbox"/> OCHISのホームページ <input type="checkbox"/> 運輸ヘルスケアナビシステムを通して <input type="checkbox"/> 両輪会 <input type="checkbox"/> OCHISセミナー <input type="checkbox"/> 新聞・雑誌の記事を見て <input type="checkbox"/> その他（ ）	
当法人のホームページに「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

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

金 額

¥ 5,000 【税込 ¥ 5,500／お一人様あたり】

ご
注
意

- ⚠ 必ず**代表者印**を押印して、**原本**をヘルスケアネットワークへ**ご郵送**ください。
- ⚠ 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。
- ⚠ 1回当たり、3名様未満でのお申込みの場合は、送料を別途頂戴いたします。
- ⚠ 助成金の申請は、検査終了後、事業者様が行ってください。
ヘルスケアネットワークから申請することはありませんのでご注意ください。

パルちゃんは
宅配便で
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、取扱いに注意します。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。

お 申 し 込 み 先 ： （公社）全日本トラック協会・（一社）大阪府トラック協会 SAS検査受託機関



健康と安全のサポート

NPO
法人

ヘルスケアネットワーク

〒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



睡眠時
無呼吸症候群
検査と対策

ヘルスケアネットワーク

検索

cabj