

SAS(睡眠時無呼吸症候群)スクリーニング検査申込書 (法人用)

平成 年 月 日

株式会社 トラスト・エージェント 殿

申込み事業者

申込みNo. — —

事業者名		担当者名	
代表者氏名	印	電話番号	()
住所	※ 送付先住所のご記入をお願いします。送り先が複数の場合は送付先別に申込書の作成をお願いします。		

申込者

No	氏名(ふりがな) 電話番号	性別	年齢	生年月日
1	氏名(ふりがな)	男	歳	大正・昭和・平成
	電話 ()	女		年 月 日
2	氏名(ふりがな)	男	歳	大正・昭和・平成
	電話 ()	女		年 月 日
3	氏名(ふりがな)	男	歳	大正・昭和・平成
	電話 ()	女		年 月 日
4	氏名(ふりがな)	男	歳	大正・昭和・平成
	電話 ()	女		年 月 日
5	氏名(ふりがな)	男	歳	大正・昭和・平成
	電話 ()	女		年 月 日

同意事項

- 1 私(申込者)は検査の結果精密検査の必要性が認められた場合、SASが原因と思われる労働災害事故の防止の観点から検査機関・医療機関及び事業者の指導に従う事に同意します。
- 2 私(事業者)は本検査から得た個人情報の取り扱いに十分配慮し、検査結果を理由に解雇等申込者の不利益を発生させないことに同意します。
- 3 私(申込者・事業者)は機器の取り扱いに十分注意し、破損、紛失等が生じた場合は機器代金分を賠償いたします。

株式会社 トラスト・エージェント SAS事業部

東京都大田区5-15-8 蒲田月村ビル6F
TEL:03-3774-5731 FAX:03-3774-5769

送付	入金確認	請求	代理店No
	/		

SAS(睡眠時無呼吸症候群)スクリーニング検査申込書 (個人用)

平成 年 月 日

株式会社 トラスト・エージェント 殿

お申込み者様記入欄

申込みNo. — —

ふりがな		性別	電話番号	
お名前	印	男・女	()	
住所	〒 —	生年月日		年齢
		大正・昭和・平成		歳
		年	月	

* 送付先住所のご記入をお願いします。送り先が複数の場合は送付先別に申込書の作成をお願いします。

同意事項

- 1 私(申込者・事業者)は機器の取り扱いに十分注意し、破損、紛失等が生じた場合は機器代金分を賠償いたします。

ご使用者様

No	氏名(ふりがな) 電話番号	性別	年齢	生年月日
1	氏名(ふりがな)	男	歳	大正・昭和・平成
	電話 ()	女		年 月 日
2	氏名(ふりがな)	男	歳	大正・昭和・平成
	電話 ()	女		年 月 日
3	氏名(ふりがな)	男	歳	大正・昭和・平成
	電話 ()	女		年 月 日
4	氏名(ふりがな)	男	歳	大正・昭和・平成
	電話 ()	女		年 月 日
5	氏名(ふりがな)	男	歳	大正・昭和・平成
	電話 ()	女		年 月 日

(株)トラスト・エージェント SAS事業部

東京都大田区5-15-8 蒲田月村ビル6F
TEL:03-3774-5731 FAX:03-3774-5769

FAX送付	入金確認	請求	代理店No