



運輸ヘルスケアナビシステム®申込書・同意書

申込書は検査結果ご提出前に、項目を全て記入し、MAIL(unyunavi@ochis-net.com)もしくはクラウドでご提出ください(カラーPDF)

申込日: 20 年 月 日

ふりがな				ふりがな	
事業者名				営業所名	
代表者名					
郵便番号				トラック協会所属所属 ・ 無所属	
住所				<input type="checkbox"/> 所属 <input type="checkbox"/> 無所属 <small>* 営業所単位での申し込みは営業所の住所を記入してください</small>	
連絡先TEL		FAX		データ納品方法	
担当者	部署		役職		<input type="checkbox"/> クラウド <input type="checkbox"/> CD-ROM <small>*クラウドの際は裏面もご記入ください</small>
	ふりがな				請求書送付方法
	氏名				
	E-MAILアドレス				<input type="checkbox"/> クラウド <input type="checkbox"/> 郵送

(1回目提出) 定期健診 / 夜勤者健診

健診予定月()月 提出予定月()月 予定人数 ()人

(2回目提出) 定期健診 / 夜勤者健診

*1回提出のみの場合は記載不要

健診予定月()月 提出予定月()月 予定人数 ()人

SAS検査の実施機関を教えてください ヘルスケアネットワーク(自動的にナビシステムにデータが反映されます)
 他機関 (結果の提出 有・無)

当法人のホームページに「運輸ヘルスケアナビシステム利用事業者様」として、
貴社名を掲載してもよろしいでしょうか? よい よくない

費用

- トラック協会所属:1,000円【税込1,100円/お一人様あたり】(全ト協にて半額負担後の価格)
- 通常:2,000円【税込2,200円/お一人様あたり】

私(担当者)は、「運輸ヘルスケアナビシステム®」運用において、以下の同意事項に同意した上、申し込みます。

◆同意事項

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、指示に従い提出します。
2. 個人結果等の個人情報の提出について、その目的を明確にし従業員に説明したうえで提出します。
3. 提出する健診結果等は、事業用自動車事業者として雇用した従業員の健診結果です。
4. フォローアップ期間は納品後1年間となります。
5. 請求書に基づき、指定する銀行口座に支払期日までに振り込みます。

本業務は、全ト協の「運輸ヘルスケアナビシステム。」事業内容に基づくものであり、個人情報保護に関する法令及びその他の規範を順守し実施いたします。

運輸ヘルスケアナビシステム®クラウド管理申込書/変更届

運輸ヘルスナビシステム®のデータ受け渡しをクラウドで行うための申込/変更届です。
クラウド管理のための招待メールと説明書を下記の担当者E-mailアドレス宛に送ります。

事業所の窓口は1社1名（1メールアドレス）です。

担当者またはメールアドレスの変更がある場合は必ず変更届をご提出ください。

【お申込み】

- 下記の通り、「運輸ヘルスケアナビシステム®」クラウド管理を申し込みます

【変更】

- 下記の通り、クラウド管理の変更を届け出ます
- 担当者変更
- メールアドレス変更

<input type="checkbox"/> 申込書と同じ(申込書と同様の場合は下記欄記載不要です)	
ふりがな	
事業所名	
担当者部署	
担当者役職	
ふりがな	
担当者氏名	
担当者E-mail	
TEL	

※運輸ヘルスケアナビシステム®のクラウド管理は、NTTの『おまかせクラウドストレージ』を用いています。高いセキュリティが担保されていますので、安心してご使用頂けます。

	承認印	確認印	登録実施
OCHIS 確認欄			

(公社)全日本トラック協会 運輸ヘルスケアナビシステム®受託機関・SAS対策事業指定機関

NPO法人ヘルスケアネットワーク(OCHIS)

〒536-0014 大阪府大阪市城東区鳴野西2-11-2
大阪府トラック総合会館3階
運輸ヘルスケアナビシステム®専用ダイヤル:06-6167-8171
FAX:06-6965-5261