

睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査申込書兼同意書【個人様用】

私（検査申込者）は、NPO 法人睡眠健康研究所の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査において、以下の点を同意したうえ、申し込みいたします。

お申込日	年 月 日						
ご住所	ふりがな						
検査申込者 氏名	ふりがな			印	電話番号		
					自宅	()	-
					携帯		

機械で読み取りますので、楷書でのご記入をお願いします。

キ リ ト リ

記入上の注意と申し込み方法

検査申込者名と振込依頼者名は、同一人をお願いします。

検査は申込本人に限ります。他の人の検査はできません。

上記、申込書兼同意書に記入の上、当 NPO 法人へ郵送、または FAX でお送りください。

検査機器（ソムニー）取り扱いのお願い

検査機器到着後、5 日以内にご使用ください。

使用後はすみやかに当 NPO 法人へご返送ください。

本検査機器を破損・紛失等された場合は、賠償していただきます。（5 万円）

検査費用について

検査費用...5,700 円（消費税、往復の配送費用込）

検査機器の紛失を防ぐために、同封のヤマト運輸着払い伝票（当 NPO 法人負担）でご返送下さい。

入金時期...この「検査申込書兼同意書」を送られるときに入金して下さい。

キャンセルについて

入金前のキャンセルについては、当 NPO 法人までご連絡ください。

入金後のキャンセルはお受けしておりません。

振込方法

郵便局、もしくは銀行から下記の振込先に検査費用・配送費用（計 5,700 円）をお振込みください。

振込手数料は申込者様にてご負担くださいますようお願い申し上げます。

振込先	特定非営利活動法人 睡眠健康研究所 (トクテイヒエイリカツドウハウジン スイミンケンコウケンキュウショ)
【郵便局】	口座記号番号 00160-0-407397
【銀行】	常陽銀行 研究学園都市支店 普通 2577736

【送付・問合せ先】

〒156-0042 東京都世田谷区羽根木 1-25-16

特定非営利活動法人 睡眠健康研究所

TEL 03-5355-9941・FAX03-5355-9956