

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

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	平成	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、本研究所へ郵送してください。

検査機器（ソムニー）取り扱いのお願い

- 検査機器到着後、3日以内にご使用ください。
使用後はすみやかに本研究所へご返送ください。
- 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...5,000円（税込） 配送費用...500円

なお、配送費用のお振込みがなかった場合は、ヤマト運輸着払い（お客様負担）にて検査器機の発送を行いますのでご了承ください。

検査機器の紛失を防ぐために、同封の伝票（ヤマト運輸）でご返送下さい。

入金時期...「検査申し込み用紙」を発送されるときに入金して下さい。

<その後、「検査申し込み用紙」が到着、「入金」が確認出来次第、検査器機の発送予定日についての葉書を郵送します>

キャンセルについて

入金前のキャンセルについては、本研究所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5,500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ホウジン スイミンケンコウケンキュウシヨ）
【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