## 送信先ファックス番号　048-644-8080

様式 １

（一社）埼玉県トラック協会　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　 令和　　　年　　　月　　　日

会長　遠藤 長俊　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属支部：

**住　　 所　〒**

**会社名**

**代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 会社印**

**担当者名**

**電 話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX**

メールアドレス

 **脳MRI健診　受診申込書並びに手続き依頼書**

この度、健康起因事故防止のため当社のドライバーに脳MRI健診を受診させたいので、申込み致します。

　医療機関名：

　　　太線内の記入願います　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※は記載せず(機構で記入)。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NO | （フリガナ）氏　　名 | 性別 | ①受診希望日時 | ②受診希望日時 | ※決定受診日時（機構記入欄） |
| 1 | （フリガナ） | 男・女 | 　月 　　日(　 )午前・午後 |  月　　 日(　 )午前・午後 |  月　　 日(　 )時　　 分 |
| 西暦　　 　　年　　 　　月　　 　日生まれ |
| 2 | （フリガナ） | 男・女 | 　 月　　 日(　 )午前・午後 |  月　 　日(　 )午前・午後 |  月　 　日(　 )時 　　分 |
| 西暦　　 　　年　　 　　月　　 　日生まれ |
| 3 | （フリガナ） | 男・女 | 　 月　　 日(　 )午前・午後 |  月　　 日(　 )午前・午後 |  月　　 日(　 )時 　　分 |
| 西暦　　 　　年　　 　　月　　 　日生まれ |
| 4 | （フリガナ） | 男・女 |  月　 　日(　 )午前・午後 |  月　 　日(　 )午前・午後 |  月　　 日(　 )時　　 分 |
| 西暦　　 　　年　　 　　月　　 　日生まれ |

一般社団法人運転従事者脳ＭＲＩ健診支援機構

代表理事　水町　重範　様　　　この度、上記申込みの脳MRI健診の受診について、所定の手続きのお手配をお願い申し上げます。

上記の申請について交付を仮決定いたします。

**受付№**

　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　 　年　　 月　 　日

一般社団法人　埼玉県トラック協会

運転従事者脳ＭＲＩ健診支援機構

**提携医療機関一覧表**

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 | 住所 |
| 川口パークタワークリニック | 埼玉県川口市幸町1-7-1川口パークタワー ２F |
| 社会医療法人社団大成会　武南病院附属クリニック　 | 埼玉県川口市東本郷１４３２ |
| 医療法人 聖仁会 西部総合病院　 | 埼玉県さいたま市桜区上大久保884番地 |
| 医療法人ＴＫメディカル 神谷医院 | 埼玉県草加市吉町三丁目１番３号 |
| 医療法人三愛会 三愛会総合病院 | 埼玉県三郷市彦成2-342 |
| 広域医療法人EMS酒井救急クリニック | 埼玉県越谷市大字大竹５６１－８ |
| よしけん整形外科内科　骨粗しょう症・認知症クリニック | 埼玉県越谷市大竹38-1 |
| 医療法人 武里外科脳神経外科 | 埼玉県春日部市大畑２４１－２ |
| 医療法人財団明理会　春日部中央総合病院　 | 埼玉県春日部市緑町5-9-4 |
| 社会福祉法人恩賜財団済生会支部埼玉県済生会加須病院 | 埼玉県加須市上高柳1680番地 |
| 医療法人聖心会 南古谷病院 | 埼玉県川越市大字久下戸１１０番地 |
| 一般財団法人関東厚生福祉会　朝霞厚生病院 | 埼玉県朝霞市浜崎703 |
| 医療法人社団阿州会　いしもと脳神経外科・内科　 | 埼玉県新座市北野3-18-16志木・新座メディカルヴィレッジ内 |
| 医療法人財団明理会　イムス富士見総合病院 | 埼玉県富士見市鶴馬1967-1 |
| 医療法人社団明芳会　イムス三芳総合病院 | 埼玉県入間郡三芳町藤久保974-3 |
| 医療法人靖和会 飯能靖和病院　 | 埼玉県飯能市下加治137-2 |
| 医療法人社団悠之会　ゆうあい内科・脳神経クリニック | 埼玉県熊谷市太井1685番地1 |
| 医療法人社団紘智会 籠原病院  | 埼玉県熊谷市美土里町３丁目１３６番地 |
| 医療法人徳洲会　皆野病院 | 埼玉県秩父郡皆野町皆野2031-1 |

※埼玉県内の提携先のみ記載。