注） 受診対象者から受診前に「脳MRI健診に関する情報預託の経緯説明兼同意書」をお取りください。

なお、お取り頂いた同意書は事業所様で保管をお願い致します。

令和　 　　年　 　　月　　 　日

**脳MRI健診に関連する情報預託の経緯説明兼同意書**

**脳MRI健診を受診される社員の皆様へ**

**事業所名**

脳MRI健診を下記の要領で実施します。

業務を調整して必ず受診するようにしてください。

所属長は、全員が受診できるようスケジュール調整をしていただくようお願いします。

記

【場　　　所】 脳MRI健診実施機関

【準　　　備】 事前に問診票の説明文を読み、受診当日に記入済み問診票を受付にご提出下さい。

（脳MRI健診実施機関ごとに取り扱いが異なる場合があります。受診機関の指示に従ってください。）

【実施項目】 未破裂動脈瘤検索を目的としたMRIによる頭部のスクリーニング健診

【預託内容】 記号・番号、氏名、性別、生年月日、年齢、受診医療機関名

※　当健診に必要な個人情報は健診実施機関及び栃木県トラック健康保険組合へ預託いたします。

また、当健診結果については、会社が行う従業員の健康管理の観点に基づき、会社に開示することに同意致します。

署名：