

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る
スクリーニング検査実績報告書

令和 年 月 日

一般社団法人茨城県トラック協会 会長 殿

トラック運転者の「睡眠時無呼吸症候群(SAS)」スクリーニング検査助成金の交付を申請いたします。

助成金交付申請金額 _____ 円

受診した検査・医療機関 いずれかを○で囲んでください。 地方協会 指定検査・医療機関 で受診の場合 検査・医療機関を ご記入ください。	1. NPO 法人睡眠健康研究所 2. NPO 法人ヘルスケアネットワーク 3. 一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター 4. 地方協会指定 検査・医療機関 検査・医療機関名 _____ 代表者名 _____ 住所 〒 _____ _____ 電話番号 _____ 担当者名 _____		
	事業者名 _____		
代表者名 _____		印	
住 所 _____		〒 _____	
電 話 番 号 _____		_____	
一次検査受診者数 _____		人 二次検査受診者数 _____	
二次検査受診者数 _____		人	
事前申込書【様式 1 - 1】でご記入いただいた申込み人数 _____		人	
事前申込書【様式 1 - 1】に対する受診状況についていずれかを○で囲んでください。 1. 申請通りに全員受診済み 2. 一部未受診者あり (①これから受診する _____ 人 ②受診は中止する _____ 人) ※ 未受診の方は早急に検査を受けてください。また、事前申込書の検査受診人数を超過することはできません。			
振 込 先 金融機関	金融機関名	銀行 _____ 支店 _____	
	口座名義	_____	
	口座番号	1. 普通 2. 当座	

※ 検査・医療機関の検査明細書の写し及び領収書の写しを添付してください。