

【様式 1-1】

( 会員事業者 → 都道府県トラック協会 )

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事前申込書

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を申し込みます。

事業者名	
代表者名	印
住所	〒
電話 / FAX番号	
連絡責任者名	
連絡先電話番号	

検査を申込みされる検査・医療機関名の右側に、申込みされる人数をご記入ください。

全 ト 協 指 定 機 関	<u>NPO 法人 睡眠健康研究所</u>	人
	<u>NPO 法人 ヘルスケアネットワーク</u>	人
	<u>一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター</u>	人

申込検査・医療機関が、「全ト協指定検査・医療機関」以外の場合は、下記にご記入ください。

地 方 協 会 指 定 機 関	検査・医療機関名	
	代表者名	
	住所	
	〒	
	電話番号 _____ 担当者名 _____	人

※ 受診者数に変更が生じた場合は、必ず都道府県トラック協会までご連絡下さい。  
特に増員については、受診前に連絡がない場合は助成が受けられなくなる場合もございます。