

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	〒 ー
電話 / FAX 番号	
担当者名	
国の助成制度使用の有無	有 ・ 無

※国の助成制度を使用される場合は、全ト協からの協調補助は対象外となります。

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
茨ト協指定機関	<u>社会福祉法人白十字会 白十字総合病院</u>	人
	<u>医療法人慶友会 守谷慶友病院</u>	人
	<u>医療法人慈厚会 野上病院</u>	人

※ 受診者数に変更が生じた場合は、必ず茨城県トラック協会までご連絡下さい。なお、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い場合があります。

協会受付印