様式１－３　

受付No( )

**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**

　　　　　　年　　月　　日

公益社団法人宮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**

(上限5,000円)×事前申込のうち実受診者数

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事 業 者 名 | |  | | |
| 代 表 者 名 | |  | | |
| 住 所 | | 〒　　　　　－ | | |
| 電話番号 / FAX番号 | | **/** | | |
| 受診した検査・医療機関  いずれかを○で囲んでください。  ※宮ト協指定の検査・医療機関で受診した場合は、検査・医療機関名等をご記入ください。 | | **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．宮ト協指定 検査・医療機関**  検査・医療機関名  住　　　　　　所  電 話 番 号 | | |
| 検査受診者数 (第１次及び第２次) | | | | 人 |
| 事前申込書【様式１－１】でご記入いただいた申込人数 | | | | 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.　申請とおりに全員受診済み  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・信金　　　　　　　　　　　　　支店 | |
| 口 座 番 号 | | 1.　普通　　2.　当座 | |
| （ フ リ ガ ナ ）  口 座 名 義 | |  | |
|  | |

※　添付資料 ①検査･医療機関の検査明細書（又は検査結果一覧）(写) ②領収書(写)