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)