様式１－１　　

**トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る**

受付No( )

**スクリーニング検査事前申込書**

　　　　　　　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を申込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者住所 | 〒　　　　　－ | | |
| 事業者名  代表者名 |  | | |
| 連絡担当名 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 全ト協指定機関 | NPO法人　睡眠健康研究所 | 人 |
| 事業所名 |
| NPO法人　ヘルスケアネットワーク | 人 |
| 事業所名 |
| 一般財団法人　運輸・交通SAS対策支援センター | 人 |
| 事業所名 |
| 宮  ト  協指定機関 | 申込検査・医療機関が、「全日本トラック協会指定検査・医療機関」以外の場合  は、下記にご記入ください。  検査・医療機関名  住　　　　　　所  電　話　番　号 | 人 |
| 事業所名 |

※受診者数に変更が生じた場合は、必ず宮ト協にご連絡ください。

特に、増員については、受診前に連絡がない場合は、(増員分は)助成の交付を受けることができません。

都合により取下げる場合は、事前に宮ト協にご連絡ください。