様式２―１

受付No(入院　　　)

 )

**入 院 検 査 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スクリーニング検査で異常が認められたので

入院検査を申込みします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 者 名 |  |
| 代 表 者 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住　 　　所 | 〒　　　　　－ |
| 電 話／ＦＡＸ番号 | 電話　　　　　　　　　　　　　　　　　／FAX |
| 連絡責任者名 |  |
| 入院検査受診者氏名 | ① |
| ② |
| ③ |
|  |
|  |
| （注）当該年度のスクリーニング検査の助成を受けた運転者が対象であるため、その際の検査・医療機関の検査結果一覧(写)を添付すること。 |

申 込 検 査 ・ 医 療 機 関 名

|  |  |
| --- | --- |
| 検査・医療機関名 |  |
| 所在市区町村名 |  |
| 電 話 番 号 |  |

※ **通院による検査は、助成対象外**とする。