様式１－１　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(受付№　　　　　)

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

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の助成金交付の申請をします。

助成金申請額 　　　　　　　　　　　　　　円　(上限５千円×事前申込人数)　千円未満切捨て

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者住所 | 〒　　　　　－ | | |
| 事業者名 |  | | |
| 代表者名 |  | | |
| 担当者名 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 全ト協指定機関 | ＮＰＯ法人　睡眠健康研究所 | 名 |
| 事業所名 |
| ＮＰＯ法人　ヘルスケアネットワーク | 名 |
| 事業所名 |
| 一般財団法人　運輸・交通ＳＡＳ対策支援センター | 名 |
| 事業所名 |
| 宮  ト  協指定機関 | 申込む検査・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記入してください。  検査・医療機関名  住　　　　　　所  電　話　番　号 | 名 |
| 事業所名 |

検査を申込む検査・医療機関名の右側に、受診する人数と所属する事業所名をご記入ください。

※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、受診前に届出がない場合は、(増員分は)助成の交付を受けることができません。

取下げる場合も、事前に宮ト協にご連絡ください。