

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

令和 年 月 日

一般社団法人兵庫県トラック協会 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

<p>受診した検査・医療機関</p> <p>※ 受診先を○で囲んでください。 ※ 検査・医療機関ごとに申請してください。</p>	<p>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. 医療法人社団 慈恵会 新須磨クリニック 5. 尼崎医療生協病院 6. 公益財団法人 兵庫県予防医学協会健診センター 7. 一般財団法人 サニーピア医療保健協会 サニーピアクリニック 8. 医療法人社団 汐咲会 井野病院 9. 社会医療法人 神鋼記念会 総合健康管理センター 10. 医療法人社団 いちえ会 洲本伊月病院</p>		
<p>事業者名 代表者名</p>	<p style="text-align: right;">(代表者印)</p>		
<p>住所</p>	<p>〒 _____</p> <p>TEL (_____)</p>		
<p>担当者連絡先</p> <p>※ 複数営業所又は複数回にわたる申請であっても、1事業者1名の担当者を決めて申請してください</p>	<p>氏名 _____</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>TEL (_____) / FAX (_____)</p>		
<p>一次検査受診者数</p>	<p>_____ 人</p>	<p>二次検査受診者数</p>	<p>_____ 人</p>
<p>※実施要綱に基づき、Webアンケートの「スクリーニング検査結果状況等の報告」を、全ト協に報告してください。</p>			
<p>振込先 金融機関</p>	<p>金融機関名</p> <p>ふりがな</p> <p>口座名義</p> <p>口座番号</p>	<p>_____</p>	<p>支店名</p> <p>_____</p> <p>1. 普通 2. 当座</p>

※ 検査・医療機関の検査明細書(受診者名簿)の写し及び領収書の写しを添付してください。