



トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群に係る
平成29年度 スクリーニング検査実績報告書

平成 年 月 日

(公社) 広島県トラック協会
会長 小丸成洋 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

受診した検査・医療機関 いずれかを○で囲んでください。	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		
事業者名			
代表者名	実印		
住所	〒 _____		
電話番号			
連絡責任者名			
連絡先電話番号			
一次検査受診者数	_____ 人	二次検査受診者数	_____ 人
事前申込書【様式1-1】でご記入いただいた申込み人数		_____ 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. 申請通りに全員受診済み 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	支店
	口座名義		
	口座番号	1. 普通 2. 当座	

※ 検査・医療機関の検査明細書の写し及び領収証の写し、振込先確認のため預金通帳の口座名義記載ページの写しを添付してください。