

トラック運転者等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

(公社)福島県トラック協会 会長 殿

トラック運転者等の「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>いずれかを○で囲んでください。 地方協会指定検査・医療機関で 受診の場合、検査・医療機関を ご記入ください。</p>	<p>1. NPO法人 睡眠健康研究所</p> <p>2. NPO法人 ヘルスケアネットワーク</p> <p>3. 一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター</p> <p>4. 地方協会指定 検査・医療機関</p>		
	<p>検査・医療機関名 _____</p> <p>代表者名 _____</p> <p>〒 _____</p> <p>住所 _____</p> <p>電話番号 _____ 担当者名 _____</p>		
事業者名			
代表者名		⑩	
住所		〒 _____	
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人数			_____ 人
<p>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。</p> <p>1. 申請通りに全員受診済み</p> <p>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)</p> <p>※ 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。</p>			
振込先 金融機関	金融機関名	銀行・信金 _____ 支店	
	口座名義	_____	
	口座名	1. 普通 2. 当座	口座番号 _____

※ 検査・医療機関の検査明細書の写し及び領収書の写しを添付してください。

トラック運転者等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

(公社)福島県トラック協会 会長 殿

トラック運転者等の「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>いずれかを○で囲んでください。 地方協会指定検査・医療機関で 受診の場合、検査・医療機関を ご記入ください。</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. 地方協会指定 検査・医療機関</p>		
	<p style="color: red; border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px; text-align: center;">福島県トラック協会の指定機関はありません。 4には記入しないでください。</p>		
	〒 _____ 住所		
<p style="color: red; border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 5px;">会社社長の代表者印（個人印ではありません） 例 ふくトラ運送株式会社代表取締役印となっている。</p>			
代表者名	_____		
住所	〒 _____		
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人数		_____ 人	
<p>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。</p> <p>1. 申請通りに全員受診済み</p> <p>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）</p> <p>※ 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。</p>			
振込先 金融機関	金融機関名	銀行・信金 支店	
	口座名義	_____	
	口座名	1. 普通 2. 当座	口座番号 _____

※ 検査・医療機関の検査明細書の写し及び領収書の写しを添付してください。