

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事前申込書

令和 年 月 日

(公社) 福島県トラック協会長 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を申し込みます。

事 業 者 名	
代 表 者 名	(印)
住 所	〒 -
電 話 番 号	
F A X 番 号	
連絡責任者名	
連絡先電話番号	

検査を申込みされる検査・医療機関名の右側に、申込される人数をご記入ください。

※ 令和４年度会員名簿台数人数まで（５０人を上限とする）

全 ト 協 指 定 機 関	N P O 法 人 睡眠健康研究所	人
	N P O 法 人 ヘルスケアネットワーク	人
	一般財団法人 運輸・交通ＳＡＳ対策支援センター	人

※ 受診者数に変更が生じた場合は、必ず協会までご連絡ください。

特に増員については、受診前に連絡がない場合は助成が受けられなくなる場合もございます。