【様式１－３】　　（会員事業者→都道府県トラック協会）

# 令和５年度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

| | |
|---|---|
| **受診した検査・医療機関**<br>いずれかを〇で囲んでください。 | **１．ＮＰＯ法人 睡眠健康研究所**<br>**２．ＮＰＯ法人 ヘルスケアネットワーク**<br>**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 | ㊞ |
| 住　　所 | 〒 |
| 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〇で囲んでください。

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。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 振込口座 | 金融機関名 | 銀　行<br>信用金庫 | | 支店 |
| | 口座名義 | | | |
| | 口 座 名 | 普　通<br>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。

※　申請印鑑は、代表者印（丸印）とする。会社印（角印）、個人印は認めない。