

令和8年度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	
住所	〒
電話番号	
FAX番号	
連絡責任者名 (フルネーム)	
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8年度助成事業基礎台数と同数まで(50人を上限とする)

全 ト 協 指 定 機 関	NPO法人 睡眠健康研究所	人
	NPO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。