

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

一般社団法人 埼玉県トラック協会 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	会社印
代表者名	
住所	〒 -
電話 / FAX番号	() / ()
連絡責任者名	
連絡先電話番号	

下記のいずれかにチェックをお願いします。

- 「標準的な運賃」を運輸支局へ届出済みで、令和6年度以降埼ト協の助成金を受けている→添付不要
- 令和6年度以降埼ト協の助成金を初めて利用する場合→「標準的な運賃」を運輸支局へ届出した受付印の写し
- 「標準的な運賃」を運輸支局へ届出していない場合→全日本トラック協会分のみ助成可。

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
埼玉県済生会 加須病院	人
さくらクリニック(1度に5名以上・5名未満受診) <small>※該当する人数に○を付してください。</small>	人
朝霞厚生病院	人
プラーナクリニック	人
さいたま中央クリニック	人
はすだセントラルクリニック	人
あけとクリニック	人
わかさクリニック	人
熊谷総合病院	人
指扇療養病院	人
圏央所沢病院	人

検査を申込みされる検査・医療機関名の右側に、**助成金を利用する人数**をご記入ください。

※受診者数に変更が生じた場合は、必ず埼玉県トラック協会までご連絡下さい。

受付No.
