

※事前申込後の実績報告 提出期限は令和8年2月28日迄 (FAX 不可)

【様式1-3】

( 会員事業者 → 埼玉県トラック協会 )

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実績報告書

令和 年 月 日

(一社) 埼玉県トラック協会 会長 様

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 いずれかを○で囲んでください。	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. 埼玉県済生会 加須病院 5. さくらクリニック (1度に5名以上・5名未満 受診) ○を付して下さい。 6. 朝霞厚生病院 7. プラーナクリニック 8. さいたま中央クリニック 9. はすだセントラルクリニック 10. あけとクリニック 11. わかさクリニック 12. 熊谷総合病院 13. 指扇療養病院 14. 圏央所沢病院		
	事業者名	会社印	
代表者名			
住所	〒 _____		
電話番号			
FAX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み人数		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○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。			
振込先 金融機関	金融機関名	銀行	支店
	口座名義		
	口座番号	1. 普通 2. 当座	

【添付用紙】①検査、医療機関の検査明細書の写し ②領収書の写し

※保険適用外の検査が助成対象となります。

受付No.