**【様式－７－３】　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 会員事業者 → 都道府県トラック協会 ）**

**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）高知県トラック協会　御中

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。地方協会　指定検査・医療機関で受診の場合検査・医療機関をご記入ください。 | **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．地方協会指定　検査・医療機関**検査・医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　住所〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　 |
| 事 業 者 名 |  |
| 代 表 者 名 | 印 |
| 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－７－１】でご記入いただいた申込み人数 | **人** |
| 事前申込書【様式－７－１】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 |

※　検査・医療機関の請求書の写し及び領収書の写しを添付してください。