**【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。