**【様式－７-１】　　　　　　　　　　　　　　　　　（ 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事前申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事 業 者 名 |  |
| 代 表 者 名 | 印 |
| 住 所 | 〒　　　　　－ |
| 電話 ／ ＦＡＸ番号 |  |
| 連絡責任者名 |  |
| 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、申込みされる人数をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

申込検査・医療機関が、「全ト協指定検査・医療機関」以外の場合は、下記にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地方協会指定機関 | 検査・医療機関名    　代表者名    　住所  〒　　　　　－      電話番号　　　　　　　　　　　担当者名 | 人 |

※　受診者数に変更が生じた場合は、必ず都道府県トラック協会までご連絡下さい。

　　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。