**【様式１－１】 ※FAX申請可：048-644-8080　　　（ 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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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）  　　 ※該当する人数に〇を付してください。 | 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 |
| 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№**