

【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/FAX 番号	() / ()

【重要】下記内容を確認し同意する場合、口欄にチェック(☑)をご記入ください。

【チェック欄未記入の申請は受付不可】

弊社は、SAS スクリーニング検査に対して国や自治体からの補助金交付申請を行わない(行っていない)ことを、ここにお誓いいたします。

指定検査・医療機関名および人数をご記入ください。

指定検査・医療機関名は手続き・要綱の助成対象検査医療機関一覧をご確認ください。

指定検査・医療機関名	
1.	人
2.	人
3.	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No.