

【様式1－1】

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群（S A S）スクリーニング検査事前申込書

年 月 日

一般社団法人千葉県トラック協会 会長 殿

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群（S A S）スクリーニング検査を申込みます。

事業 者 名	
代 表 者 名	
所 在 地	〒
連絡責任者名	
T E L	
F A X	

申込みする検査・医療機関名の右側に、受診する人数をご記入ください。

N P O 法 人 睡 眠 健 康 研 究 所	人
N P O 法 人 ヘ ル ス ケ ア ネ ッ ト ワ ー ク	人
（一財）運輸・交通 S A S 対策支援センター	人
ゆ り の 木 ク リ ニ ッ ク	人
（ 医 ） 直 心 会 轟 ク リ ニ ッ ク	人
（ 医 ） 恵 仁 会 セ ン ト マ ー ガ レ ッ ト 病 院	人

千ト協受付印欄

※受診者に変更が生じた場合は、必ず千葉県トラック協会までご連絡ください。
特に増員について、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があります。