

【様式1-1】

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

事業者名	
代表者名	印
住所	〒
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 SAS 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。

--