



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実績報告書

公益社団法人 北海道トラック協会長 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助成金の交付を申請いたします。

申請年月日	年 月 日		
事業者名	(印)		
支店名・営業所名	<input type="checkbox"/> 本社	<input type="checkbox"/> () 営業所	<input type="checkbox"/> () 支店
会社所在地	〒 -		
連絡先	電話	FAX	
担当者	役職	氏名	
助成金申請額	円		
	※助成額は1名検査費用の2分の1、また上限2,500円まで		
振込先銀行口座	金融機関名	銀行	<input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所
		信用金庫	
		信用組合	
		農業協同組合	
	ふりがな		
	口座名義		
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 当座

◆受診した検査・医療機関

- 1. NPO法人睡眠健康研究所
- 2. NPO法人ヘルスケアネットワーク
- 3. (一財)運輸・交通SAS対策支援センター
- 4. 北ト協指定 検査・医療機関

◆検査受診結果

【事前申込書(様式1-1)で申請した人数】 人

●一次検査受診者数(簡易アンケート)	人
●二次検査受診者数(スクリーニング検査)	人

☞

●検査・医療機関名	_____
●代表者名	_____
●住所	_____
_____	_____
●電話番号	_____
●担当者名	_____

- ☑を記入してください。
- 事前申込通り全員受診済
 - 一部未受診 (これから受診予定) ⇒ 人
 - 受診中止 ⇒ 人
 - その他 ()

北ト協受付印

※ 検査・医療機関の検査明細書の写し及び領収書の写しを添付し、郵送してください。(FAX受付不可)