捨印

**【様式１－１】　　　　　　　　　　　　　　　　（ 会員事業者 → 都道府県トラック協会 ）**

**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

　　　　　　　　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 |  |
| 代 表 者 名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 住 所 | 〒　　　　　－ |
| 電話 ／ ＦＡＸ番号 |  |
| 連絡責任者名 |  |
| 連絡先電話番号 |  |

検査を申込みされる検査・医療機関名の右側に、申込みされる人数をご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 全ト協指定機関 | 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 |

申込検査・医療機関が、「全ト協指定検査・医療機関」以外の場合は、下記にご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 地方協会指定機関 | 　検査・医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　住所〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　 | 人 |

※　受診者数に変更が生じた場合は、必ず都道府県トラック協会までご連絡下さい。

　　特に増員については、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もございます。

* 地方指定機関については、P27の助成対象医療機関一覧をご覧ください。それ以外の医療機関については、助成対象外となりますので、ご了承ください。

**【様式１－２】　　　　　　　　　　　　　（ 会員事業者 → 検査・医療機関 ）**

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申込書兼委任状**

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　殿 （検査を申込みされる検査・医療機関名をご記入ください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | （連絡責任者）役職・氏名 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　印 | 電話番号 |  |
| 住 所 | 〒　　　－　　　　 |

1. 　私（申込者）は、睡眠時無呼吸症候群（以下「SAS」という。）のスクリーニング検査申込にかかる一切の事務及びSASスクリーニング検査結果の受領については、上記事業者に委任致します。また、検査の結果、「精密検査が必要」と判断された場合は、SASが原因と思われる健康起因事故及び労働災害事故を未然に防止することから検査・医療機関ならびに事業者の指導に従うことを同意致します。

２．　私（事業者）は、申込者の検査結果から得た個人情報の保護に充分配慮するとともに、検査結果を理由に、解雇や配置転換など申込者の不利益の無いようにすることを同意致します。

３．　私（事業者、申込者）は、SASスクリーニング機器の取り扱いについては充分注意致します。なお、不手際により破損、紛失等が生じた場合は相当額を賠償致します。

４．　正本は検査・医療機関に提出し、事業者は写しを保管する。なお、申込者より本状の写しを求められたときは当該者の欄のみの写しを渡す。

**※　検査・医療機関及び事業者は、個人情報保護法にもとづき、本状の取り扱いについて目的**

**外利用並びに紛失、流失などの無いよう充分注意すること。**

（注）都道府県トラック協会への申請（様式１－１）の提出はお済みでしょうか。

事前の申請がない場合は、助成が受けられない場合がありますので、ご注意ください。

（注）都道府県トラック協会への申請（様式１－１）の提出はお済みでしょうか。

事前の申請がない場合は、助成が受けられない場合がありますので、ご注意ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **機器№** | **申込者　氏名** | **氏名　ふりがな** | **同意年月日** | **印** |
| １ |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| ２ |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| ３ |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| ４ |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| ５ |  |  |  | 年　　月　　日 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **機器№** | **申込者　氏名** | **氏名ふりがな** | **同意年月日** | **印** |
| ６ |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| ７ |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| ８ |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| ９ |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| 10 |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| 11 |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| 12 |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| 13 |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| 14 |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| 15 |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| 16 |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| 17 |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| 18 |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| 19 |  |  |  | 年　　月　　日 |  |
| 20 |  |  |  | 年　　月　　日 |  |

捨印

**【様式１－３】　　　　　　　　　　　　　（ 会員事業者 → 都道府県トラック協会 ）**

**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実績報告書**

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　　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助成金の交付を申請いたします。

**助成金交付申請金額 　　　　　　　　　　　 円（受診料（税込）×2分の１、また上限2，500円まで）**

|  |  |
| --- | --- |
| **受診した検査・医療機関**いずれかを○で囲んでください。地方協会　指定検査・医療機関で受診の場合検査・医療機関をご記入ください。 | **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****３．一般財団法人　運輸・交通SAS対策支援センター****４．地方協会指定　検査・医療機関**検査・医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　住所〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　 |
| 事 業 者 名 |  |
| 代 表 者 名 | 印 |
| 住 所 | 〒　　　　　－ |
| 電 話 番 号 |  |
| 一次検査受診者数　　（簡易ｱﾝｹｰﾄ） | **人** | 二次検査受診者数　　　（ｽｸﾘｰﾆﾝｸﾞ検査） | **人** |
| 事前申込書【様式１－１】でご記入いただいた申込人数 | **人** |
| 事前申込書【様式１－１】に対する受診状況についていずれかを○で囲んでください。1.申請通りに全員受診済み　　2.一部未受診者あり（①これから受診する　　人　②受診は中止する　　人）3.その他理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）※　未受診の方は早急に検査を受けてください。 また、事前申込書の検査受診人数を超過することはできません。 |
| 振 込 先金融機関 | 金融機関名 | 　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　　　支店 |
| 口 座 名 義 |  |
| 口 座 番 号 | 1.　普通2.　当座 |

※　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）