



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》

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を申し込みます。

申請年月日	年 月 日		
事業者名／ 代表者名	(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	

■ 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〕	① NPO法人 睡眠健康研究所	名
	② NPO法人 ヘルスケアネットワーク	名
	③ 一般財団法人 運輸・交通SAS対策支援センター	名

◆ 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。

〔北ト協指定機関〕	●検査・医療機関名		名
	●代表者名		
	●住所	〒 -	
	●電話番号	●担当者	

※ 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、北海道トラック協会のホームページをご確認ください。

北ト協受付印