

【様式1】

受診したい場合は、  
事前申請をし、承認が必要  
となります。

(会)

記載例(事前申請、協会提出)

正候群に係る

### スクリーニング検査事前申込書

年 月 日

一般社団法人香川県トラック協会長 殿

“会社印”を  
お忘れなく。  
(コピー不可)

ト トラ 群(SAS)「スクリーニング

必要事項の記入忘れには  
ご注意ください。

事業	〇×運送	会社印
代表者名	代表取締役社長 〇× 太郎	印
住所	〒760-0066 高松市福岡町 3-2-3	
電話 / FAX番号	電話:012-3456-789 FAX:012-3456-78X	
連絡責任者名	〇〇部 △△ 次郎	
連絡先電話番号	012-3456-789	

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	<u>NPO 法人 睡眠健康研究所</u>	3 人
	<u>NPO 法人 ヘルスケアネットワーク(OCHIS)</u>	人
	<u>一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター</u>	人

※ 受診者数に変更が生じた場合は、必ず(一社)香川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。