

**記載例 ( 検査後、報告書類 )**

に係る  
スクリーニング検査実績報告書

年 月 日

一般社団法人香川県トラック協会長 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請求いたします。

睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査助成制度実施要綱第9条に基づき、下記のとおり申請ならびに請求いたします。

助成金交付申請金額           〇〇 円

**5,000 円 (1人あたり) × 3人  
= 15,000 円  
(1次・2次検査受診の場合)**

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. 一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター		
事業者名	○×運送		会社印  印
代表者名	代表取締役社長 ○× 太郎		
住所	〒760-0066 高松市福岡町 3-2-3		
電話番号	012-3456-789		
一次検査受診者数	3人	二次検査受診者数	3人
事前申込書【様式1-1】でご記入いただいた申込み人数			3人
事前申込書【様式1-1】に対する受診状況			
1. <u>申請通りに全員受診済み</u>			
2. 一部未受診者あり (①これから受診予定者 ○人、②受診は中止予定者 ○人)			
※ 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	○×運送 代表取締役社長 ○× 太郎	
	口座番号	普通 012345X	

“会社印”を  
お忘れなく。  
(コピー不可)

一次検査：簡易アンケートによるチェック、解析、判定  
二次検査：機器を使用したスクリーニング検査

※ 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てください。