

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査申込書

平成 年 月 日

(社) 奈良県トラック協会会長 殿

トラック運転者等の睡眠時無呼吸症候群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		
受診者数	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がございます。
全ト協指定検査・医療機関（どちらかに○をつけてください。）		
	NPO 法人睡眠健康研究所 〒156-0042 東京都世田谷区羽根木 1-25-16 TEL 03-5355-9941 FAX 03-5355-9956 E-mail : sleep-adm@umin.ac.jp	NPO 法人 大阪ヘルスケアネットワーク普及推進機構 〒536-0014 大阪市城東区鷺野西 2-11-2 大阪府トラック総合会館 3F TEL 06-6965-3666 FAX 06-6965-5261 E-mail : sas@ochis-net.com

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「申込検査・医療機関名」にご記入ください。

申込検査・医療機関名

検査・医療機関名		
代表者名		
住所	〒	
電話番号	(担当)	