

【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

公益社団法人奈良県トラック協会 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          |   |
| 住 所           | 〒 |
| 電話 / F A X 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<br>ト<br>協<br>指<br>定<br>機<br>関 | <u>NPO 法人 睡眠健康研究所</u>            | 人 |
|                                 | <u>NPO 法人 ヘルスケアネットワーク</u>        | 人 |
|                                 | <u>一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター</u> | 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<br>方<br>協<br>会<br>指<br>定<br>機<br>関 | 検査・医療機関名              |  |
|                                      | 代表者名                  |  |
|                                      | 住所                    |  |
|                                      | 〒                     |  |
|                                      | 電話番号 _____ 担当者名 _____ |  |

※ 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。

【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)<br>役職・氏名 |  |
| 代表者名 | 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わる一切の事務及び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。

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

| No. | 機器No. | 申込者 氏名 | 氏名ふりがな | 同意年月日 |
|-----|-------|--------|--------|-------|
| 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 |

(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。

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

公益社団法人奈良県トラック協会 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

|                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                |                           |   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---|
| <p><b>受診した検査・医療機関</b></p> <p>いずれかを○で囲んでください。<br/>地方協会 指定検査・医療機関<br/>で受診の場合<br/>検査・医療機関を<br/>ご記入ください。</p>                                                                                 | <p>1. NPO 法人睡眠健康研究所<br/>2. NPO 法人ヘルスケアネットワーク<br/>3. 一般財団法人 運輸・交通 SAS 対策支援センター<br/>4. 地方協会指定 検査・医療機関</p> <p>検査・医療機関名 _____</p> <p>代表者名 _____</p> <p>住所 〒 _____</p> <p>電話番号 _____ 担当者名 _____</p> |                           |   |
| 事業者名                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                |                           |   |
| 代表者名                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                |                           |   |
| 住所                                                                                                                                                                                       | 〒 _____                                                                                                                                                                                        |                           |   |
| 電話 / FAX 番号                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                |                           |   |
| 一次検査受診者数                                                                                                                                                                                 | 人                                                                                                                                                                                              | 二次検査受診者数                  | 人 |
| 事前申込書【様式 1-1】でご記入いただいた申込み人数                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                | 人                         |   |
| <p>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。</p> <p>1. 申請通りに全員受診済み</p> <p>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)</p> <p>※ 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。</p> |                                                                                                                                                                                                |                           |   |
| 振込先<br>金融機関                                                                                                                                                                              | 金融機関名                                                                                                                                                                                          | 銀行 支店                     |   |
|                                                                                                                                                                                          | 口座名義                                                                                                                                                                                           |                           |   |
|                                                                                                                                                                                          | 口座番号                                                                                                                                                                                           | <p>1. 普通</p> <p>2. 当座</p> |   |

※ 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。