

様式 1

(会員事業所→都道府県トラック協会)

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) 山口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	①
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
全ト協指定検査・医療機関 (どちらかに○をつけて下さい)	
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> NPO法人 大阪ヘルスケアネットワーク普及推進機構 〒536-0014 大阪市城東区嶋野西2-11-2 大阪府トラック総合会館3F TEL 06-6965-3666 FAX 06-6965-5261

※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、県ト協指定の「申込検査・医療機関」を下記にご記入ください。

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)