

会員番号							
------	--	--	--	--	--	--	--

(必ず記入して下さい)

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事前申込書

一般社団法人 神奈川県トラック協会 会 長 殿

トラック運転者の睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査を申し込みます。

事業者名			
代表者名	会社印		
住 所	〒		
電話/FAX 番号	TEL	FAX	
連絡責任者名			
連絡先電話番号			
受診予定 (実施) 人数	人 【上限：会費請求台数（被牽引除く）但し上限200名まで】 ※受診予定人数と実際の受診人数の差が大幅に出ないように、計画的に受診して下さい。		
検査予定 (実施) 実施医療機関 (いずれかに○を してください)	①	NPO法人睡眠健康研究所 〒156-0041 東京都世田谷区大原 2-15-15 TEL03-5355-9941	
	②	NPO法人ヘルスケアネットワーク 〒101-0052 東京都千代田区神田小川町 1-3-1 TEL03-3295-1271	
	③	(一財)運輸・交通 SAS 対策支援センター 〒160-0004 東京都新宿区四谷 3-2-5 TEL03-3359-9010	
	④	RESM新横浜/睡眠・呼吸メディカルケアクリニック 〒222-0033 神奈川県横浜市港北区新横浜 3-8-12 丸八新横浜ビル4階 TEL045-475-5155	
	⑤	医療法人社団樹会 スターフィールドクリニック横浜 〒231-0016 神奈川県横浜市中区真砂町3-31 アクティオーレ関内3F TEL045-393-3255	
	⑥	医療法人社団晃友会 晃友相模原病院 〒252-0135 神奈川県相模原市緑区大島 1605-1 TEL042-764-8777	
	⑦	医療法人社団晃友会 晃友上九沢クリニック 〒252-0136 神奈川県相模原市緑区上九沢 4 TEL042-764-2400	
事後申請記入欄	受診日 年 月 日～ 年 月 日 (注) 事後申請に関しては、令和7年4月～5月受診分のみ、 申請受付期間は令和7年6月30日まで可能となります		

●睡眠時無呼吸症候群スクリーニング検査をお申込みされる方は本申込書(様式1)を神ト協に提出して下さい。(FAX不可)

●後日、神ト協より「決定通知書」をFAX 致しますので、今後の手続きにつきましてはその内容に従って下さい。

《 提出先・問合せ先 》

〒222-8510 横浜市港北区新横浜 2-11-1 TEL 045-471-8882