

入 会 申 込 書

公益社団法人日本オストミー協会
奈良県支部 殿

入会申込日	年 月 日
-------	-------

ふりがな			性 別			
氏 名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	大、昭 平、 西曆	年 月 日
住 所	〒					
TEL			FAX			
E-mail						
緊急時 連絡先	氏 名				TEL	
	住 所					
手 術	手術日	年 月 日	病院名			
ストーマ の種別 (<input type="checkbox"/> にレを 記入)	人工肛門(消化管ストーマ)			人工膀胱(尿路ストーマ)		
	<input type="checkbox"/> 結腸人工肛門(腹部の左側に造設) <input type="checkbox"/> 回腸人工肛門(腹部の右側に造設) <input type="checkbox"/> その他()			<input type="checkbox"/> 回腸導管 <input type="checkbox"/> 尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> その他()		
障害者 手帳	【該当する箇所を <input type="checkbox"/> にレを記入、また、カッコ内に記入してください】 <input type="checkbox"/> 所持している(種 級) <input type="checkbox"/> 所持していない <input type="checkbox"/> 交付の申請中					
職 業	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	経歴分野(自由記載)		()		
入会の 動 機	【該当するものを○で囲んでください。】 ①個別相談会の紹介 ②病院の紹介 ③インターネット ④市町村紹介／広報 ④会員の紹介 ⑤当協会他支部紹介 ⑥装具メーカー・取扱店等の紹介 ⑦その他()					
通信欄	(相談したいこと、趣味・スポーツ、特技・資格等を白山にご記入してください)					
支部受付 処理欄	受付日	月 日	会員番号	支部長		
	入金日	月 日		会計担当		
	会報登録日	月 日		事務局長		
	名簿登録日	月 日		副事務局長		

◆記載されている個人情報、会員名簿および会の目的以外には使用いたしません。

◆年会費は、4,000円 です。

◆入会申込書は、下記宅にお申込みください。

【事 務 局】 三田村 秀雄

【TEL/FAX】 0742-49-1839

【住 所】 〒631-0064 奈良市帝塚山南2-20-39