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	生年月日	大、昭 平、. 西暦	年　　月　　日
氏 名		□男　□女			
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(□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)		
	□結腸人工肛門(腹部の左側に造設) □回腸人工肛門(腹部の右側に造設) □その他(		□回腸導管 □尿管皮膚瘻 □その他 (　　)		
障害者手帳	【該当する箇所を□にレを記入、また、カッコ内に記入してください】 □所持している(　　種　　級)　□所持していない　□交付の申請中				
入会動機	(入会の動機は、下記のどれですか？ □個別相談会　□装具業者の紹介　□病院の紹介　□院役場の紹介　□その他(				

支部受付処理欄	会員番号	受付日	月　　日	会報登録日	年　　月　　日
		入金日	月　　日	名簿登録日	年　　月　　日

◆記載されている個人情報は、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、下記へお申込みください。

【住　　所】　〒630-8034 奈良市五条西2-3-12
【氏　　名】　川崎　眞弘　　【TEL】090-2110-5032　　【FAX】0742-44-4009
Email: sinrn3401@kcn.jp

＜会員になれば、こんな良い事があります＞

① オストメイトがいることに気持ち的に安心感がわき、研修会並びに交流会に出席するたびに勇気と元気がもらえる。

② 定期的に発行される会報により、オストメイト関連の動きがわかる。

③ ストーマケアのこと、日常生活のことなどについて、先輩諸氏からアドバイスをいただけ、少しのヒントが装具交換などに役立つ。

④ 研修会での顧問医の先生・看護師の講話等や宿泊研修の入浴体験により日常生活の質の向上が図れる。

⑤ メーカー、装具販売業者との交流により、新製品の紹介等最新情報が得られる。

⑥ 災害時会員同士の連携により助け合うことができるので、心強い。