入 会 申 込 書 （兼会員原簿）

家族入会OK

入会申込日	西暦　　年　　月　　日

公益社団法人　日本オストミー協会

私は貴協会に入会の申込みを致します。

支部名	山形県支部

ふりがな		同 居 人	生年月日	西暦　年　月　日
オストメイト 氏 名		有　無		
家族入会者 氏 名		オストメイトとの間柄	生年月日	年　月　日
住 所	〒			
電 話		Fax		
携帯電話		携帯メール		
E-mail				
手 術	手術日	年　月　日	病院名	病院
	原疾患名（手術の原因となった病名）			

ストーマの種別

【該当するものの番号に〇を付けてください。又は、カッコ内に記入ください。】

○ 人工肛門（消化管ストーマ）

1　結腸人工肛門（腹部左側に造設/コロストミー）
2　回腸人工肛門（腹部右側に造設/イレオストミー）
3　その他（　　）

○ 人工膀胱（尿路ストーマ）

1　回腸導管（ウロストミー）
2　尿管皮膚瘻（ウロストミー）
3　腎瘻（ウロストミー）
4　代用膀胱・新膀胱・他（　　）

障害者手帳

【該当する箇所を〇で囲んでください。又は、カッコ内に記入ください。】

・所持している（　　種　　級）　・所持していない　・交付の申請中

使用装具	メーカー名		品名		製品番号
職業特技資格					

入会の動機

【該当する箇所を〇で囲んでください。】

①病院の紹介　②インターネットで　③新聞記事で　④市町村広報で
⑤知人等から　⑥当協会会員の紹介　⑦装具メーカーの紹介
⑧装具取扱店等の紹介　⑨役所等の紹介　⑩書籍・雑誌で
⑪その他（　　）

事務局受付処理欄				
受付日	年　月　日	入金日	年　月　日	
データ入力	年　月　日	会員番号		
所属地区名		備　考		

ご注意：この申込書に記載されている事項は、その一部を当協会の会員名簿及び会員間の連携と 統計に使用し、それ以外の目的に使用する事はありません。

※　プライバシー保護の為、差支えのない範囲でご記入ください。