

人工肛門 人工膀胱 を保有しているオストメイトの皆さん！

私たちの会は全国組織である公益社団法人日本オストミー協会の県でただ一つの組織です。

私たちの会は県からオストメイト社会適応訓練事業を委託され、県内各地で広く活動しています。

体験者でなければわからないオストメイトの不安や悩みをお互い話し合い・励まし合い・いたり合って、みんなが毎日を明るく生きていくために、次のようないろいろな活動をしています。

- (1) 顧問医の先生方やWOCN(皮膚・排泄専門ナース)の医療講演・指導・相談
- (2) 県障害福祉課による行政指導と相談
- (3) 講習会・研修会の実施
- (4) 障害年金・障害手帳・ストーマ用器具公費負担などの相談
- (5) 各医療器具メーカー合同の装具の展示・説明・指導
- (6) 会報(本部会報・支部会報6回とニュース)の発行
- (7) 一泊研修旅行および地区ごとの親睦のつどい

電話で連絡して下さい。
会則その他をお送り致します。

オストメイトの大きな輪の中で
明るい毎日を送りましょう。

入会金 1,000円
会費 年3,600円
途中入会は300円×月数

栃木県オストミー協会

(公社)日本オストミー協会 栃木県支部

事務局 〒326-0016 足利市 毛野新町1-108
TEL/FAX: 0284-43-0144
E-mail: jun7394@03.watv.ne.jp
事務局長 岩田 順三朗 (会長兼務)

入会申込書

太線内にご記入下さい。

入会日	平成 年 月 日	会員NO	
フリガナ		生年月日	
氏名		性別	男 女 (歳)
住所	〒 _____ 市 町 村 _____ 番地		
電話	市外 _____ 局番 _____ 番	(○でかこむ) FAX 併用 ← FAX 専用	
E-mail			
手術年月	昭和 _____ 年 月	病院名	
ストーマの状況	○でかこむ 人工肛門 [左・結腸人工肛門 (コロストミー) 右・回腸人工肛門 (イレオストミー) 人工膀胱 [左・回腸導管人工膀胱 (ウロストミー) 右・尿管皮膚瘻人工膀胱		
身体障害者手帳	昭和 _____ 年 月 から受給 _____ 級	更新	昭和 _____ 年 月 級
職業	現職 _____ どのようなこと _____ 前職 _____		
趣味		血液型	型

(注)ご記入例 現職 なし 又は自営(どのようなこと)総務・経理又は販売など
前職 ○○○○会社

当協会を何で知りましたか	
備考欄	

栃木県オストミー協会

※ 病院関係者は備考欄もご利用下さい。

切り取り線