

(別紙1)

奥州市災害時ストーマ装具保管申請書

年 月 日

奥州市長 あて

申請者 住所 _____
氏名 _____
ストーマ装具使用者との関係 _____
電話番号 _____

下記のとおり、ストーマ装具の保管を申請します。

| | | | | |
|----------------|-------|---------------------------------|------------|------|
| ストーマ装具 使用者 | 住 所 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| | 氏 名 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| | 生年月日 | 大正・昭和・平成・令和 | 年 月 日 | |
| | 電話番号 | <input type="checkbox"/> 申請者と同じ | | |
| 保管期間 (1年間) | (開始日) | 年 月 日から | | |
| | (終了日) | 年 月 日まで | (開始日から1年間) | |
| 保管する ストーマ装具 | (品名) | (数量) | (品名) | (数量) |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

同意書

ストーマ装具の保管が1年を超えた場合は、保管しているストーマ装具を市の判断により処分することに同意いたします。

申請者又は使用者氏名(署名) _____

-----ここから下の欄には記入しないでください-----

| | | | | |
|------|-----|-----|------|----|
| 管理番号 | 受付日 | 受付者 | 保管終了 | 備考 |
| | | | | |