

ストマ装具保管依頼書兼同意書

年 月 日

伊予市長 様

【保管希望者】

住 所	
ふりがな 氏 名	⑩
電 話	
身体障害者手帳番 号	第 号

次の事項に同意の上、自己の所有するストマ装具を市長が指定する場所に保管することを依頼します。

- 1 保管するストマ装具については、保管希望者の責任において品質などを管理し、保管方法、交換時期等については、市長の指示に従います。
- 2 保管期間中、必要な場合は、市長が本書記載の保管希望者の情報を利用することに同意します。
- 3 保管を依頼したストマ装具が天災等により損傷又は滅失した場合、市の責任を問いません。
- 4 1年以上交換を行わない場合は、市長がストマ装具を処分することに同意します。

保管希望場所	<input type="checkbox"/> 伊予市役所 <input type="checkbox"/> 中山地域事務所 <input type="checkbox"/> 双海地域事務所
保管希望品名・個 数	
区 分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 交換 <input type="checkbox"/> 更新

依頼書提出者	<input type="checkbox"/> 保管希望者本人 <input type="checkbox"/> 保管希望者本人以外（下の欄に記入）		
ふりがな 氏 名	⑩	保管希望者 との関係	
住 所			