

3-1

入会申込書

平成 17 年 7 月 日
9 15

小郡三井医師会長 殿

この度、小郡三井医師会への入会を希望いたしますので、宜しくお願い申し上げます。

医療機関名： 小川 眼科 医院

(保健所届出(予定)の正式名称をお願いします。)

開設場所： 久留米市 北野町 大字 今山 639-6

開設(予定)年月日： 平成 17 年 11 月 1 日

診療科目： 眼科

(保健所届出(予定)の診療科目をご記入ください。)

開設者の住所 久留米市 三瀬町 大字 玉薙 231-1-1

電話番号 0942-64-4807

開設者の氏名 小川 希 印 

お尋ね書

当医師会に入会ご希望の先生に対して、下記の事をお尋ね致します。宜しくご回答願います。

平成17年7月 日

開設者氏名 小川 希		開設者住所 久留米市三潅町大字玉満 231-1-1			
医療機関名 小川 眼科 医院		開設場所 久留米市北野町大字今山 639-6			
開設年月日(予定) 平成17年11月1日	病床数 0 床	診療科目 眼科			
医師数	常勤 / 名	非常勤 名	看護師数	正看護師 / 名	准看護師 / 名
診療日 月曜日～土曜日(日祝祭日)		診療時間 月～金 9:00～18:00 土 9:00～13:00			
☐ 開設場所を選定された理由 ・町内に眼科が多い。 ・子育てにも環境がよく、又、出身大学(久留米大学)や医局に近い。 ☐ 開業の意図 地域の方々の役に立ちたい。 ☐ 開設の構想および開設後の診療の構想 手術を含めた、眼科一概診療。 ☐ 隣接地の既設医療機関との合意は取れておられますか 既設医療機関に開業の意向を伝えておられます。					

ご回答ありがとうございました。 小郡三井医師会

履 歴 書

年 月 日現在

ふりがな	あ せ 川	あ せ 川	*男・女
氏名	小 川	希	印
*大正・昭和	40	年 10 月 29 日生	本籍 * 都道府県
		(満 39 才)	福岡 府県
ふりがな	クルキシ ミズマキ 材料タミツ		連絡先電話番号
現住所 (〒030-0112)	久留米市三潅町大字玉満 231-1-1		市外局番(0942) 64-4807



年	月	学歴・職歴(医学部卒業から記載して下さい 勤務歴もお願いします)
平成 4	3	久留米大学医学部 卒業
平成 5	4	久留米大学 眼科学教室 入局. 久留米大学病院勤務
平成 8	4	公立八女総合病院 眼科.
平成 9	4	久留米大学病院 眼科.
平成 10	1	小柳記念病院 眼科.
平成 13	4	久留米大学病院 眼科 外科医長
平成 15	10	野口医院 眼科.

記入注意 1.*印のところは○で囲む 2.鉛筆以外の青または黒の筆記具で記入

年	月	公 役 職 歴

家 族	氏名	続柄	生年月日
	小川 功美	妻	1942.6.30
	小川 光	長男	H11.5.29
	小川 真央	長女	H17.1.21

専門医・認定医
日本眼科学会 認定 眼科専門医

医師免許証	取得年月日 平成 ⁵³ 年 5月10日	番号 355579号
-------	--------------------------------	------------

保険医登録	記号番号 福医 36414
-------	---------------

年	月	賞 罰 歴

趣味・特技など スポーツ観戦 (野球、ホカ-)
